



**II SEMINÁRIO SUL BRASILEIRO  
DE DIREITO SANITÁRIO E SAÚDE COLETIVA**

**DIAS 27 E 28  
DE MAIO DE 2014 NA UNESC**

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO - PROPEX  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – UNACSA  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNASAU**

**REGINALDO DE SOUZA VIEIRA  
LUCIANE BISOGNIN CERETTA  
PRISCYLA WALESKA TARGINO DE AZEVEDO SIMÕES  
FABIANE FERRAZ  
VALDEMIRA SANTINA DAGOSTIN  
MAGADA TESSMANN SCHWALM  
IONÁ VIEIRA BEZ BIROLO  
KARINA CARDOSO GULBIS ZIMMERMANN**

**ORGANIZADORES**

**COLETÂNEA DE DIREITO SANITÁRIO E SAÚDE COLETIVA  
VOLUME 2**

## **EXPEDIENTE**

### **Reitor**

Prof. Dr. Gildo Volpato

### **Pró-Reitora de Ensino de Graduação**

Profa. MSc. Robinalva Borges Ferreira

### **Pró-Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão**

Profa. Dra. Luciane Bisognin Ceretta

### **Pró-Reitora de Administração e Finanças**

Profa. MSc. Kátia Aurora Dalla Líbera Sorato

### **Diretor da Unidade Acadêmica de Ciências Sociais Aplicadas**

Prof. MSc. Daniel Ribeiro Preve

### **Coordenador de Pós-Graduação e Pesquisa da Unidade Acadêmica de Ciências Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Rafael Rodrigo Mueller

### **Coordenadora de Extensão da Unidade Acadêmica de Ciências Sociais Aplicadas**

Profa. MSc. Milla Lúcia Ferreira Guimarães

### **Coordenadora de Ensino da Unidade Acadêmica de Ciências Sociais Aplicadas**

Profa. MSc. Maria Aparecida da Silva Mello

### **Diretora da Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde**

Profa. MSc. Indianara Reynaud Toreti Becker

**Coordenadora de Pós-Graduação e Pesquisa da Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde**

Profa. Dra. Vanessa Moraes de Andrade

**Coordenadora de Extensão da Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde**

Profa. Dra. Magada Tessman Schwalm

**Coordenador de Ensino da Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde**

Prof. Dr. Willians Cassiano Longen

**Coordenação Geral do evento**

Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira

Profa. Dra. Luciane Bisognin Ceretta

**Comissão Organizadora do evento**

Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira

Profa. Dra. Luciane Bisognin Ceretta

Profa. Dra. Magada Tessman Schwalm

Profa. Dra. Fabiane Ferraz

Profa. Dra. Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões

Profa. MSc. Josete Mazon

Profa. MSc. Karina Cardoso Gulbis Zimmermann

Prof. MSc. Ismael Francisco de Souza

Profa. MSc. Neiva Junkes Hoepers

Profa. MSc. Iona Vieira Bez Birolo

Profa. MSc. Valdemira Santana Dagostin

Profa. MSc. Indianara Reynaud Toreti Becker

Mestranda Juliana Paganini

Ac. Michel Ilíbio

Ac. Jhonata Goulart Serafim

Enfermeira Esp. Roseli Schminski Vieira

LADSSC - Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva

NUPED - Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito

NEPIEES - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Integralidade, Educação e Saúde  
PPGDS - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico  
Proposta de Mestrado Incubado de Saúde Coletiva  
Curso de Enfermagem

### **Apoiadores**

Curso de Direito  
UNACSA - Unidade Acadêmica de Ciências Sociais Aplicadas  
UNASAU - Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde  
Rede Iberoamericana de Direito Sanitário  
Programa de Residência Multiprofissional  
Pró-Pet Saúde (UNESC, MS, MEC)  
PROPEX - Pró-Reitoria de Pós, Pesquisa e Extensão

### **Comissão Científica do evento**

Coordenadora: Profa. Dra. Fabiane Ferraz  
Vice-coordenadora: Profa. Dra. Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões

Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira  
Profa. Dra. Luciane Bisognin Ceretta  
Profa. Dra. Magada Tessman Schwalm  
Profa. Dra. Maria Inês da Rosa  
Prof. Dra. Lisiane Tuon  
Profa. Dra. Ingrid Dalira Schweigert Perry  
Prof. Dr. Joni Marcio de Farias  
Prof. Dr. Willians Cassiano Longen  
Prof. Dr. Fernando Adami  
Prof. Dr. Antônio José Grande  
Prof. Dr. Renan Ceretta  
Profa. Dra. Cristiane Tomasi Damiani  
Profa. Dra. Letícia Canut  
Profa. Dra. Maria Célia Delduque

Profa. Dra. Giovana Ilka Jacinto Salvaro

Profa. Dra. Daiane Dal Pai

Profa. Dra. Simone Coelho Amestoy

Profa. Dra. Carine Vendruscolo

Profa. Dra. Tânia Regina Krüger

Profa. Ma. Sandra Mara Campos Alves

Prof. Me. Francisco Nunes Pizzete

Profa. Ma. Neiva Junkes Hoepers

Profa. Ma. Iona Vieira Bez Birolo

Profa. Ma. Valdemira Santana Dagostin

Profa. Ma. Indianara Reynaud Toreti Becker

Prof. Me. Ismael Francisco de Souza

Profa. Ma. Andressa Fracaro Cavalheiro

Profa. Ma. Sheila Martignago Saleh

### **Apoio técnico**

Diego Floriano de Souza

Gabriel Cabral

Lucas da Silva Carlessi

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

C694      Coletânea de direito sanitário e saúde coletiva, volume 2  
[recurso eletrônico] / organizadores: Reginaldo de Souza  
Vieira ...[et al.]. – Criciúma, SC : UNESC, 2014.  
644 p. : il. : 22 cm

Modo de acesso: <<http://repositorio.unesc.net>>  
Vários colaboradores.  
ISBN: 9788584100088

1. Saúde pública. 2. Direito à saúde. 3. Política de  
saúde. 4. Sistema único de Saúde (Brasil). 5. Serviços de  
saúde pública. 6. Promoção da saúde. I. Título.

## APRESENTAÇÃO

O Volume 2 da Coletânea de Direito Sanitário e Saúde Coletiva abrange os trabalhos apresentados no II Seminário Sul Brasileiro de Direito Sanitário e Saúde Coletiva, que ocorreu em 27 e 28 de maio de 2014 e teve como objetivo principal promover um intercâmbio acadêmico e de prática social, com a construção de redes de pesquisa, docentes e discentes, com a participação da Sociedade e de gestores públicos da área.

Deve ser destacado que a temática do fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde é atual. Ela se insere na necessária reflexão de se garantir o direito à saúde inserido na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Para tanto, faz-se necessário mobilizar produções acadêmica e práticas interdisciplinares, aliando os conhecimentos produzidos na área da Saúde Coletiva, do Direito e das áreas correlatas.

Neste sentido, o reconhecimento do Sistema Único de Saúde como uma política pública de Estado cumpre o papel do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, das práticas sociais amparadas na democracia participativa e da importância nuclear dos direitos humanos como paradigma norteador da construção e efetivação das políticas públicas do Estado brasileiro.

O evento foi organizado pelas seguintes entidades: Laboratório em Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC), Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC), Núcleo de Estudos e Pesquisas em Integralidade, Educação e Saúde (NEPIEES/UNESC), Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde (UNASAU/UNESC), Unidade Acadêmica de Ciências Sociais Aplicadas (UNACSA/UNESC), Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico (PPGDS/UNESC), proposta incubada de construção de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (UNESC), Curso de Graduação em Enfermagem e Curso de Graduação em Direito, ambos da UNESC. O evento é apoiado pela Rede Iberoamericana de Direito Sanitário, e ainda, contou com o apoio de entidades públicas e sociais, universidades e instituições pesquisa no Brasil..

Os trabalhos completos e resumos expandidos apresentados nessa Coletânea encontram-se divididos nos seguintes Eixos Temáticos: Estado, Políticas Públicas e Direito Sanitário; Educação, Trabalho e Saúde; Promoção da Saúde e Integralidade na Atenção; Políticas Públicas, Planejamento e Gestão em Saúde;

Democracia, Participação Popular e Controle Social em Saúde; e, Epidemiologia e Análise de Situação de Saúde.

Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira  
Profa. Dra. Luciane Bisognin Ceretta  
Coordenação geral do evento

## SUMÁRIO

<b>EIXO 1 – ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITO SANITÁRIO.....</b>	<b>16</b>
ALTERNATIVA À JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.....	17
<i>Raquel Requena Rachid</i>	
A COMPREENSÃO DO DIREITO À SAÚDE DO IDOSO A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS DO CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC	30
<i>Mônia J. S. S. Gava, Roseli Schminski Vieira, Reginaldo de Souza Vieira</i>	
O DIREITO DE MORRER DIGNAMENTE E O RECONHECIMENTO DO DIREITO DE AUTODETERMINAR-SE .....	32
<i>Sheila Martignago Saleh, Manuela do Prado Soares</i>	
A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA COMO ESTRATÉGIA CENTRAL PARA O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS .....	47
<i>Sheila Martignago Saleh, Nicole Martignago Saleh</i>	
A GARANTIA DE PROTEÇÃO INTEGRAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES DEPENDENTES QUÍMICOS: UMA ANÁLISE DA (AUSÊNCIA DE) POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E O PROCESSO DE CRIMINALIZAÇÃO A PARTIR DA LEI Nº 11.343/2006.....	62
<i>Fernanda da Silva Lima, Amanda Santa Helena Pereira</i>	
A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA COMO CONDIÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS: UMA ANÁLISE DOS ACÓRDÃOS DO TRF DA 4ª REGIÃO NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE 2011 E 2014.....	78
<i>Adriane Bandeira Rodrigues, Reginaldo de Souza Vieira</i>	
POLÍTICAS PÚBLICAS INTERSETORIAIS NO COMBATE AO TRABALHO INFANTIL .....	80
<i>Ademar Antunes da Costa, Analice Schaefer de Moura</i>	
A ATUAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE POR MEIO DO CONTROLE JUDICIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS .....	93
<i>Solano Rosso dos Reis, Reginaldo de Souza Vieira</i>	
O CONTROLE SOCIAL NO BRASIL: UM DIÁLOGO ENTRE O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	95
<i>Juliana Paganini, Reginaldo de Souza Vieira</i>	
O PODER DO ESTADO E A OBRIGATORIEDADE DA VACINAÇÃO NA INFÂNCIA: UM ENSAIO SOBRE OS LIMITES ENTRE OS INTERESSES COLETIVOS E A AUTONOMIA DO SUJEITO... ..	97
<i>Adriana Moro Wieczorkiewicz, Mário Santos Moreira, Eneida Desiree Salgado</i>	
O ATIVISMO JUDICIAL COMO INSTRUMENTO DE EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS E FUNDAMENTAIS: UMA ANÁLISE DA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE FRENTE A META-TEORIA DO DIREITO FRATERNAL.....	99
<i>Marli Marlene Moraes da Costa, Francielli Silveira Fortes, Rodrigo Cristiano Diehl</i>	
DIREITO À VIDA E DIREITO À SAÚDE X DIREITO À LIBERDADE RELIGIOSA NOS CASOS DE TRANSFUSÃO DE SANGUE EM PACIENTES TESTEMUNHAS DE JEOVÁ .....	114
<i>Jhonata Goulart Serafim, Reginaldo de Souza Vieira</i>	
O SISTEMA DE PROTEÇÃO JUDICIAL DOS DIREITOS SOCIAIS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO BRASIL .....	124
<i>Francielli Silveira Fortes, Rodrigo Cristiano Diehl, Rosane Teresinha Carvalho Porto</i>	
ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DE FETO ANENCÉFALO: ANÁLISE DA APLICAÇÃO PELA REDE HOSPITALAR PÚBLICA E CONVENIADA AO SUS DOS MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM AMREC E AMUREL DA DECISÃO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL NA ADPF 54.....	140
<i>Jhonata Goulart Serafim, Márgada Tessmann Schwalm, Reginaldo de Souza Vieira</i>	
INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DOS USUÁRIOS DE DROGAS: NOTAS INTRODUTÓRIAS ....	142
<i>Bruna Tavares Guimarães, Reginaldo de Souza Vieira</i>	
DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: A OBRIGAÇÃO DE FORNECIMENTO PELO ESTADO DE ALIMENTOS SEM GLÚTEN AO PORTADOR DE DOENÇA CELÍACA .....	156
<i>Lídia de Souza Vieira, Reginaldo de Souza Vieira</i>	



JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS: RESULTADO DO CONFLITO NAS DEFINIÇÕES DE NECESSIDADE EM SAÚDE? .....	158
<i>Claudia Marcela Vargas Peláez, Luciano Soares, Marení Rocha Farias</i>	
POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL: REFLEXÕES CRÍTICAS SOBRE DIFERENTES ABORDAGENS .....	161
<i>Lucas França Garcia, Alessandra Mendes Calixto, Mariana Escobar, Charlise Pasuch de Oliveira, Cássio Lamas Pires</i>	
ATIVISMO SANITÁRIO EM FACE DE SUA RESPONSABILIDADE SOCIOAMBIENTAL .....	164
<i>Daiane Acosta Amaral, José Ricardo Caetano Costa, David Silva de Souza</i>	
A CARÊNCIA DE ESTRUTURA JURÍDICA PRÓPRIA PARA OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS COMO PROBLEMA PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL .....	166
<i>Vinícius Castro da Silva, Carolina de Vargas Nunes Coll</i>	
<b>EIXO 2 – EDUCAÇÃO, TRABALHO E SAÚDE .....</b>	<b>170</b>
SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	171
<i>Letícia de Lima Trindade, Daiane Dal Pai, Simone Coelho Amestoy</i>	
ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS EM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DO SUL DE SC .....	173
<i>Fernanda Faustini Guglielmi Sônego, Josete Mazon, Juliana Nuernberg, Ana Paula Gambalonga</i>	
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ENSINO FUNDAMENTAL: UMA REFLEXÃO ACERCA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	175
<i>Ana Paula Macan Damiani, Janine Moreira</i>	
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O EMPODERAMENTO .....	200
<i>Janine Moreira, Caroline Scussel</i>	
A FORMAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL .....	203
<i>Carla Klitzke, Danielle Ferreira de Araújo, Mayara Zimmermann Gelsleichter</i>	
VIGILÂNCIA SANITÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA CIDADE DO RIO GRANDE-RS: TRABALHO EM CONJUNTO COM FULCRO NA PROTEÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS E DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA (UM ESTUDO DE CASO) .....	215
<i>Daiane Acosta Amaral, José Ricardo Caetano Costa, Antônio César Corrêa, Carliuza Oriente Luna</i>	
O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A CAPTAÇÃO PRECOCE DE GESTANTES EM UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE .....	225
<i>Eveline Geller, Bruno Ronchi de Souza, Suzane Raquel Périco Pavei, Francielle Lazzarin de Freitas Gava, Ioná Vieira Bez Birolo</i>	
CONCEPÇÕES DO SUS NAS PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	228
<i>Joseane Brasil, Mariane Provin, Valdemira Santana Dagostin, Ivanir Pra da Silva Thomé, Luciane Bisognin Ceretta</i>	
A EXPERIÊNCIA DO PROJETO DE EXTENSÃO PRO-PET SAÚDE DA FAMÍLIA NA FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR .....	238
<i>Luciana Zucco, Fernanda Rech Rodrigues, Darlana Trevisol dos Santos, Mariana Cardoso Fernandes, Júlio da Silva Cardoso Jr</i>	
CONHECIMENTO DE UM GRUPO DE COLABORADORES DE UM HOSPITAL DO SUL DE SC SOBRE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (MANCHESTER) .....	241
<i>Beatriz Marques Farias, Eduarda Valvassori, Carla Cadorin Pezente, Valdemira Santana Dagostin, Magada Tessmann Schwalm</i>	
A SAÚDE NO RURAL: UMA NECESSIDADE DE INTEGRAR ATORES, POLÍTICAS PÚBLICAS E A REALIZAÇÃO DE UMA GESTÃO SOCIAL .....	243
<i>Samir Seródio Amim Rangel, Adriana Moro Wiczorkiewicz, Luiz Eduardo Becker, Guilherme Douglas Piel Dornelles, Marlon Benda</i>	
DEPRESSÃO EM ESTOMIZADOS: AVALIAÇÃO A PARTIR DA ESCALA DE HAMILTON .....	245
<i>Beatriz Marques de Farias, Monica B. Dal Pont, Michele Machado, Luciane Bisognin Ceretta, Mágada Tessmann Schwalm</i>	
O ENSINO E A AÇÃO COMUNITÁRIA EM UM GRUPO DO PRO/PET-SAÚDE NO ANO DE 2013 .....	248

*Francielle Lazzarin de Freitas Gava, Ioná Vieira Bez Birolo, Brunella Flores Pupo, Maria Gabrielle Ribeiro, Susane Raquel Périco, Luciane Bisognin Ceretta*

APONTAMENTOS TEÓRICOS SOBRE O TRABALHO INFANTIL NO BRASIL E SEUS REFLEXOS PARA A SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE .....	257
<i>Juliana Paganini, Ismael Francisco de Souza</i>	

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO GRUPO DE GESTANTES EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	272
<i>Alexandra Marinho Dias, Simone Beatriz Perdozo Viana, Bruna Brognoli, Suyane Krüger, Silvana Añaña</i>	

O LÚDICO NO ESTUDO DE OBRAS DE PAULO FREIRE: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA ..	274
<i>Vera Lúcia Leal de Oliveira, Ana Carolina Saretto da Silva, Diego Floriano de Souza, Igor Velho Ortolan, Fabiane Ferraz</i>	

CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NA PERSPECTIVA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE .....	276
<i>Francielle Lazzarin de Freitas Gava, Ioná Vieira Bez Birolo, Brunella Flores Pupo, Maria Gabrielle Ribeiro, Susane Raquel Périco Pavei</i>	

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL DA PUÉRPERA E SEU BEBÊ EM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE DA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA.....	279
<i>Andreia Collodel, Maria Laura Rosso, Ivanir Prá da Silva Thomé, Renan Antonio Ceretta, Fernanda Guglielmi Faustini Sônego</i>	

SAÚDE PÚBLICA E PARTICIPAÇÃO POPULAR: CONSTRUINDO A CIDADANIA EM SAÚDE A PARTIR DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA.....	281
<i>Reginaldo de Souza Vieira, Ioná Vieira Bez Birolo, Fabiane Ferraz, Michel Belmiro Ilibio, Jusimari Aparecida Estadler Candiotto</i>	

RELATO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS DURANTE O PROJETO VIVERSUS: VIVÊNCIAS NA REGIÃO CARBONÍFERA EM 2013 .....	283
<i>Barbara Nesi, Jayne Fernanda Silveira, Ioná Vieira Bez Birolo, Lisiane Tuon, Luciane Bisognin Ceretta</i>	

PSICOEDUCAÇÃO COM PACIENTES DIABÉTICOS INSULINO DEPENDENTES .....	285
<i>Patricia Carvalho da Rosa, Luciane Bisognin Ceretta, Maria Salete Salvaro, Karina gulbis Zimermann, Ana Regina da Silva Losso</i>	

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES ESCOLARES NA CIDADE DE CRICIÚMA/SC .....	288
<i>Vanise dos Santos Ferreira Viero, Fabiane Ferraz, Priscyla Waleska Simões, Luciane Bisognin Ceretta, Joni Marcio de Farias</i>	

EDUCAÇÃO SEXUAL E REPRODUTIVA NO CONTEXTO ESCOLAR .....	291
<i>Ioná Vieira Bez Birolo, Francielle Lazzarin de Freitas Gava, Luciane Bisognin Ceretta, Jusimari Aparecida Estadler Candiotto, Ellen de Matos Borges</i>	

HIGIENE E SAÚDE NA EDUCAÇÃO INFANTIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ATIVIDADE LÚDICO-EDUCATIVA.....	293
<i>Jusimari Aparecida Estadler Candiotto, Diogo Romancini Ghedin, Isabel Domingos Ceron, Maristella Siqueira Pra, Jussara Aparecida Trindade Romanha, Fabiane Ferraz</i>	

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GRUPO DE GESTANTES: O PRÉ-NATAL, AS ALTERAÇÕES E OS DESCONFORTOS DA GESTAÇÃO ENTRAM NA RODA DE CONVERSA .....	295
<i>Taize Lebarbenchon Briguente, Jessica Cesa Copeti, Amanda Rinaldi, Fabiane Ferraz</i>	

BREVE HISTÓRICO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE .....	298
<i>Janete Bertan de Oliveira, Frank Pasinato, Luciane Bisognin Ceretta, Lisiane Tuon Generoso Bitencourt, Fernanda Guglielmi Faustini Sônego</i>	

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: IMPORTANTE FERRAMENTA NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM EM AULAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM .....	301
<i>Márcia Bertan de Oliveira Rankel, Fabiane Ferraz</i>	

### **EIXO 3 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO..... 303**

AVALIAÇÃO NEUROPSICOMOTORA DE PREMATUROS INTERNADOS NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL (UTIN) DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC, ANTES E APÓS A APLICAÇÃO DO MÉTODO MÃE CANGURU .....	304
<i>Morgana Martins de Toni, Schayane Borba, Marcellly Rodrigues, Williams Cassiano Longen, Évelin Vicente</i>	

TRAJETÓRIA DO PROGRAMA TERAPEUTICO DA UNIDADE DE DESINTOXICAÇÃO PARA MÚLTIPLAS DROGAS DO HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE .....	316
<i>Agnes Olscholwky, Alessandra Mendes Calixto, Miteli Vizcaychipi Disconzi, Marcio da Silva Silveira, Marília Borges Osório</i>	
ERGONOMIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA QUALIDADE DE VIDA: O CASO DE OPERAÇÃO DE GUICHÊ DE CAIXA DE UMA INSTITUIÇÃO BANCÁRIA .....	319
<i>Francis Boeing, Maicon da Silva Martins, Willians Cassiano Longen</i>	
O CUIDAR DE ENFERMAGEM NO GRUPO DE GESTANTES .....	321
<i>Diane Furtado dos Santos Trescher, Elisiane Santos Costa Nogueira, Luíze Alves Romancini, Cecília Marly Spiazzi dos Santos</i>	
SAÚDE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIRAS ATUANTES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	323
<i>Claudio Alex de Souza Sipriano, Francielle Rosso Mazzuchello, Mariana Sifroni, Ioná Vieira Bez Birolo, Luciane Bisognin Ceretta</i>	
GESTAÇÃO GEMELAR: O OLHAR DA ENFERMAGEM NO AUTOCUIDADO COM FOCO NA PREMATURIDADE .....	326
<i>Elisiane Santos Costa Nogueira, Luíze Alves Romancini, Diane Furtado dos Santos, Kelly Urbano, Mariana Marques, Ioná Vieira Bez Birolo</i>	
O PROGRAMA ITAJAÍ ATIVO E SUA CONTRIBUIÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA .....	329
<i>Alexandre de Souza, Fabiano Cardoso Linhares, Simone Beatriz Pedrozo Viana</i>	
CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO INFANTIL .....	343
<i>Alessandra Marinho Dias, Claiza Barretta, Márcia Aparecida Miranda de Oliveira, Fernanda Seidel Bortolotti, Janaina de Fátima Zdebskyi</i>	
EFETIVIDADE DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA .....	355
<i>Sandra Domingui Darolt, Simoni Leal Justo, Mônica Dal Pont Bonfante, Ioná Vieira Bez Birolo, Cristiane Damiani Tomasi, Luciane Bisognin Ceretta</i>	
CUIDADOS NO PRÉ-NATAL AS GESTANTES DE ALTO RISCO ADOLESCENTES E IDOSAS: RELATO DE EXPERIÊNCIAS EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E CENTRO DE REFERÊNCIA .....	370
<i>Renata Damasio Fernandes, Júlia Peruchi Sehnem, Fabiane Ferraz, Magada Tessman Schwalm</i>	
RECUPERAÇÃO FUNCIONAL DE CRIANÇAS COM SEQUELAS SEGMENTARES E ESTRUTURAIS DECORRENTES DO TRABALHO INFANTIL .....	372
<i>Juliana Pereira Cardoso, Stefani Brandão, Thaís Luciane Valmorbida, Willians Cassiano Longen</i>	
PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS SERVIDORES DA PREFEITURA DE TREVISÓ - CONTRIBUIÇÃO DA ERGONOMIA PARA O LAYOUT INTERNO DA NOVA SEDE .....	374
<i>Giovani Piacentini, Oséias Henrique Duarte, Willians Cassiano Longen</i>	
A VIGILÂNCIA SANITÁRIA: ESTRATÉGICA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) .....	376
<i>Daiane Acosta Amaral, José Ricardo Caetano Costa, David Silva de Souza</i>	
REFLEXÃO DOS PROBLEMAS ÉTICOS E MORAIS ENFRENTADOS POR USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS INTERNADOS NA UNIDADE ÁLVARO ALVIM DO HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE: TRABALHO COLABORATIVO COM USUÁRIOS .....	378
<i>Alessandra Mendes Calixto, Lucas França Garcia, Mariana Escobar, Charlise Pasuch de Oliveira, Cássio Lamas Pires, José Roberto Goldim</i>	
CONSEQUÊNCIAS FÍSICO FUNCIONAIS DO TRABALHO INFANTIL: COMO BATE FORTE E RÁPIDO MEU CORAÇÃO, ISSO NÃO É BRINCADEIRA DE CRIANÇA NÃO! .....	380
<i>Amanda Mazzucco, Laís Nazário, Letícia Antunes de Souza, Willians Cassiano Longen</i>	
AValiação DA ACESSIBILIDADE EM UM TRAJETO CORRIGUEIRAMENTE UTILIZADO NO CAMPUS DA UNESC: ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DO ACESSO FÍSICO .....	382
<i>Emanuela da Silva Souza, Adrieli Colombo, Liliana Sudre Marques, Natália de Medeiros Catanheti, Willians Cassiano Longen</i>	
QUALIDADE DE VIDA E ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS .....	384

*Francielle Rosso Mazzuchello, Luciane Bisognin Ceretta, Lisiane Tuon, Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões, Ioná Vieira Bez Birolo*

**INTEGRANDO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PORTADOR DE ÚLCERA VENOSA ..... 387**

*Luíze Alves Romancini, Diane Furtado dos Santos Trescher, Elisiane Santos Costa Nogueira, Iona Vieira Bez Birolo*

**ESTUDO DA DEMANDA DE GESTANTES FORA DE TRABALHO DE PARTO ATENDIDAS NO CENTRO OBSTÉTRICO DE UM HOSPITAL DA REGIÃO SUL CATARINENSE ..... 389**

*Bruna Esmeraldino Pavan, Valdemira Santana Dagostin, Magada Tessman Schwalns, Iona Vieira Bez Birolo, Cecília Marly Spiazzi*

**VIOLÊNCIAS SOFRIDAS POR MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL ..... 391**

*Luíze Alves Romancini, Diane Furtado dos Santos Trescher, Elisiane Santos Costa Nogueira, Cecília Marly Santos Spiazzi, Mágada Tessmann Schwalm*

**ANÁLISE DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL EM TRÊS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CRICIÚMA – SC ..... 393**

*Lidiane Ribeiro de Souza, Priscyla Waleska Simões, Luciane Bisognin Ceretta, Lisiane Tuon*

**REDE CEGONHA: CUIDANDO DA MÃE E DO BEBÊ ..... 395**

*Heloísa Bello, Jéssica de Deus, Mônica Munari, Hélida Viegas, Maria Natalia Santana, Juliana Weide*

**RELAÇÃO ENTRE O CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE SAÚDE BUCAL E A NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE BEBÊS DE 0 A 2 ANOS ..... 397**

*Luíza Silveira Lessa, Luciane Bisognin Ceretta, Lisiane Tuon, Priscyla Waleska Simões, Fernanda Gugliemi Faustini Sonego*

**NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E ASPECTOS DE SAÚDE DE PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA ORIENTADA NA UBS PARAÍSO/TEREZA CRISTINA..... 399**

*Cledir Lago, Raquel Cristina Muniz de Souza, Luciane Bisognin Ceretta, Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões, Joni Marcio de Farias*

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTE PORTADORA DE ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA NERVOSA ..... 401**

*Daniela Machado, Morgana Vanessa Barreto, Susane Raquel Périco, Fabiane Ferraz*

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTE PORTADORA DE DEPRESSÃO GRAVE INTERNADA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ..... 403**

*Morgana Vanessa Barreto, Daniela Machado, Sônia Correa, Fabiane Ferraz*

**EIXO 4 – POLÍTICAS PÚBLICAS, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE ..... 405**

**GESTÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O CONTROLE SOCIAL: APONTAMENTOS PARA UM DEBATE ..... 406**

*Maria Elisabeth Kleba, Águeda Lenita Pereira Wendhausen*

**ACESSO AOS RECURSOS DO SUS PELOS SETORES PRIVADOS E FILANTRÓPICOS DA SAÚDE POR MEIO DA COMPLEMENTARIDADE DOS SERVIÇOS ..... 408**

*Tânia Regina Krüger, Aricia Furlanetto dos Passos*

**PERFIL EMPREENDEDOR DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: CONTRIBUIÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DO SUS ..... 424**

*Lucas Serafim, Maica Kalinka Felisbino, José Otavio Feltrin, Beatriz Marques de Farias*

**ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM SANTA CATARINA: A AMEAÇA AO DIREITO À SAÚDE ..... 426**

*Tânia Regina Krüger, Simone Bihain Hagemann, Luciana Bihain Hagemann,*

**O ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE ..... 437**

*Arthur Alves de Teixeira, Déborah Garcia, Marsam Alves de Texeira, Rejane Malaggi*

**A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA QUANTO AO PLANEJAMENTO EM SAÚDE ..... 447**

*Patrícia Araújo Burato Miguel, Francieli Maragno, Ioná Vieira Bez Birolo, Luciane Bisognin Ceretta*

**PROPOSTA DE SENSIBILIZAÇÃO PARA CONSELHO DE SAÚDE ..... 449**

*Patrícia Araújo Burato Miguel, Francieli Maragno, Valdemira Santana Dagostin, Luciane Bisognin Ceretta, Ioná Vieira Bez Birolo*

**OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA GESTÃO EM SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA..... 451**

*Ana Paula Gossmann Bortoletti, Marsam Alves de Teixeira*

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS TÉCNICAS DE NORMALIZAÇÃO NA PRODUÇÃO DE SAÚDE .....	454
--	-----

*Camila Cristina de Oliveira Rodrigues, Sérgio Resende Carvalho*

ANÁLISE DA DEMANDA DE UM PRONTO ATENDIMENTO DA REGIÃO SUL DO ESTADO DE SANTA CATARINA .....	468
---	-----

*Renata Damásio, Julia Peruchi Senen, Beatriz Marques de Farias, Ana Carolina Porfírio, Mágada Tessmann Schwalm*

ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA .....	471
---	-----

*Greice Lessa, Valdete Meurer Kuehlkamp, Alacoque Lorenzini Erdmann, Selma Regina de Andrade*

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: PARTICIPAÇÃO NA CONSOLIDAÇÃO A PARTIR DO ENSINO DA GRADUAÇÃO - PROGRAMA PRÓ-PET SAÚDE .....	474
---	-----

*Mônica Dal Pont Bonfanti, Beatriz Marques Farias, Luciane Bisognin Ceretta, Diogo Copetti Silveira, Mágada Tessmann Schwalm*

O PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR: UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE PARA ASSISTÊNCIA DO INFANTE MENOR DE SEIS ANOS NO RIO GRANDE DO SUL .....	488
--	-----

*Marli Marlene Moraes da Costa, Cleidiane Sanmartim*

CONTROLE DE CUSTOS E PRODUTIVIDADE NA AUDITORIA: CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	505
--	-----

*Valdemira Santana Dagostin, Mágada Tessmann Schwalm, Luciane Bisognin Ceretta, Ioná Vieira Bez Birolo, Maria Teresa Soratto*

REGISTROS DE ENFERMAGEM: FONTE DE COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM .....	519
--	-----

*Monica Bonfante Dalpont, Beatriz Marques de Farias, Marjorié C. de Freitas, Luciane Bisognin Ceretta, Mágada Tessmann Schwalm*

TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD: ANÁLISE DE SUA REALIDADE NO MUNICÍPIO DE FRAIBURGO, SC .....	521
--	-----

*Núbia Valéria Mafioletti, Wanusa G. Amante de Souza, Fernando S. L. Cantanhede*

ANALISANDO A EFETIVIDADE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE AUDITIVA PARA RECÉM-NASCIDOS, NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA, SC .....	523
--	-----

*Solange Castagnel, Adriano Sousa, Fernando S. L. Cantanhede*

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL VIA CONSELHO DE SAÚDE NA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA .....	525
---	-----

*Simone Tatiana da Silva, Maria Elisabeth Kleba*

A LIDERANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PEDRA BRUTA A SER LAPIDADA .....	527
---	-----

*Monica Bonfante Dalpont, Beatriz Marques de Farias, Simone Senado, Luciane Bisognin Ceretta*

POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ORGANIZAÇÃO INICIAL E TRANSIÇÃO PARA A SEGUNDA COMPOSIÇÃO DA PROPOSTA NA REGIÃO CARBONÍFERA .....	530
---	-----

*Fernanda Geraldo Valgas, Valdemira Santana Dagostin, Fabiane Ferraz, Karina Cardoso Gulbis Zimerman, Luciane Bisognin Ceretta*

## **EIXO 5 – EPIDEMIOLOGIA E ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE ..... 533**

AUTOPERCEPÇÃO E CONDIÇÃO DE SAÚDE FÍSICA DE UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS ....	534
--	-----

*Bruna Laís Brognoli, Isadora Fernandes Knoch, Simone Beatriz Pedrozo Viana*

PÉ PLANO NA INFÂNCIA: LIMITES TEMPORAIS ENTRE O FISIOLÓGICO E AS DISFUNÇÕES LOCAIS E ASCENDENTES .....	549
--	-----

*Amanda de Mattos Machado, Aires Mondardo Junior, Evelin Vicente, Willians Cassiano Longen*

AValiação da funcionalidade da coluna cervical e identificação do risco ergonômico no uso de microcomputadores no trabalho das secretárias dos cursos de graduação da UNESC .....	556
---	-----

*Berta da Conceição Capita Luís, Liana Pereira Barcelos, Cristiane Nascimento Scarsi, Willians Cassiano Longen*

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO LOMBAR NO TRABALHO DE EMPACOTAMENTO MANUAL DE SACAS DE ARROZ .....	571
---	-----

*Willians Cassiano Longen, Silvana Trombim Chechetto, Bruno Pereira Barcelos, Kristian Madeira*

CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA CRIANÇAS: UMA CRÍTICA À FRAGILIDADE DA PADRONIZAÇÃO .....	584
<i>Camila Heiden Glonek Junkes, Adriana Moro Wieczorkiewicz</i>	
EPICONDILITE LATERAL DO COTOVELO COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE LER/DORT: REVISÃO SOBRE O MANEJO E A RECUPERAÇÃO FUNCIONAL .....	586
<i>Regis Casagrande, Maicon Martins, Willians Cassiano Longen</i>	
OS EFEITOS DA ALTA FREQUÊNCIA NA FACE DE INDIVÍDUOS COM ACNE VULGAR .....	589
<i>Ariete Inês Minetto, Carlos Victor Rigobello</i>	
FREQUÊNCIA DE RESULTADOS ALTERADOS NOS EXAMES DE PAPANICOLAU EM USUÁRIAS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE CRICIÚMA – SC .....	590
<i>Mariana Sifroni Farias, Juliét Silveira Hanus, Francielle Lazzarin de Freitas Gava, Ioná Vieira Bez Birolo, Luciane Bisognin Ceretta</i>	
ATUAL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO PROFISSIONAL NUTRICIONISTA DA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO CARBONÍFERA DE SANTA CATARINA .....	593
<i>Tamy Colonetti, Luciane Bisognin Ceretta, Lisiane Tuon, Priscyla Waleska Simões, Rita Suselaine Vieira Ribeiro</i>	
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CARBONÍFERA A PARTIR DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÕES .....	596
<i>Juliét Silveira Hanus, Mariana Sifroni Farias, Francielle Lazzarin de Freitas Gava, Luciane Bisognin Ceretta, Lisiane Tuon</i>	
FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIVERSIDADE NO EXTREMO SUL CATARINENSE .....	599
<i>Sabrina Germano Silva da Veiga, Ioná Vieira Bez Birolo, Valdemira Santana Dagostin, Mágada Tessmann Schwalm, Luciane Bisognin Ceretta</i>	
ASSOCIAÇÃO ENTRE MATURAÇÃO SEXUAL, EXCESSO DE PESO CORPORAL E ESTATURA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES .....	602
<i>Francisco Winter dos Santos Figueiredo, Laércio da Silva Paiva, Idelson José Mafra Junior, Fernando Adami</i>	
VIOLÊNCIAS SOFRIDAS POR MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL .....	604
<i>Luize Alves Romancini, Diane Furtado dos Santos Trescher, Elisiane Santos Costa Nogueira, Cecília Marly Santos Spiazzi, Mágada Tessmann Schwalm</i>	
ANÁLISE DOS DADOS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO NOTIFICADAS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ANO DE 2013 EM CRICIÚMA/SC .....	606
<i>Renata Andrade Araújo, Tamiris Fernandes Bonfim, Ana Regina da Silva Losso, Eliane Aparecida Coelho de Oliveira</i>	
ASSOCIAÇÃO ENTRE MATURAÇÃO SEXUAL E ADIPOSIDADE CORPORAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES .....	608
<i>Laércio da Silva Paiva, Francisco Winter dos Santos Figueiredo, Idelson José Mafra Junior, Fernando Adami</i>	
CONDIÇÕES ERGONÔMICAS DE TRABALHO DOS OPERADORES DE RETROESCAVADEIRA NA EXECUÇÃO DE TRECHO DA OBRA DA VIA RÁPIDA CRICIÚMA / BR 101 .....	610
<i>Fábio Marcelo Moro, Maicon Martins, Willians Cassiano Longen</i>	
PROSPECÇÃO DE MELHORIAS ERGONÔMICAS PARA O TRABALHO DOS RIZICULTORES DA COOPERATIVA REGIONAL AGROPECUÁRIA SUL CATARINENSE .....	612
<i>Luiz Carlos Marcon, Maicon Martins, Willians Cassiano Longen</i>	
EMPREGO DA ERGONOMIA NA QUALIFICAÇÃO DO PROJETO DE ILUMINAÇÃO DE POSTOS DE TRABALHO COM ALTA EXIGÊNCIA VISUAL DO RAMO DE CONFECÇÕES .....	614
<i>Darcioni Gomes, Bruno Pereira Barcelos, Willians Cassiano Longen</i>	
UMA ABORDAGEM SOBRE MORTALIDADE MATERNA ENTRE 2001 E 2011 EM SANTA CATARINA E REGIÃO DA AMREC .....	616
<i>Diego Pavanate, Gabriela de Souza Mariano, Sandro Citadin Rosso, Vanessa Dahmer Muller, Cristiane Damiani Tomasi</i>	
PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL EM CRICIÚMA – SC NO PERÍODO DE 2001 A 2011 .....	618

*Arieli Colombo, Berta Lolita Almeida, Suellen Barreto, Thainã Pedroso, Cecília Marly dos Santos Spiazzi, Cristiane Damiani Tomasi*

ANÁLISE DA MORTALIDADE INFANTIL EM SANTA CATARINA NOS ÚLTIMOS 10 ANOS..... 620  
*Amanda Lima, Edson Schaeffer, Patrícia Sonego, Monique Milano, Sabrina Germano*

PONDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES TRABALHADORES (AS) NO BRASIL ..... 623  
*Aline Fernandes Marques, Ismael Francisco de Souza*

PERFIL DOS PACIENTES COM DIABETES TIPO 2 CADASTRADOS NO PROGRAMA DE AUTO MONITORAMENTO GLICÊMICO CAPILAR DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA - SC ..... 625  
*Daniela Vicente Bavaresco, Natalia Colombo Ferreira, Luciane Bisognin Ceretta, Karin Martins Gomes, Graziela Amboni*

FATORES E CAUSAS ASSOCIADOS AO ÓBITO FETAL ..... 628  
*André P. Gabriel, Bruna L. da Rosa, Lais R. Mafra, Lucélia Moro, Cristiane Damiani Tomasi*

TERMOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LER/DORT: O ESTUDO REALIZADO COM BANCÁRIOS DE CRICIÚMA / SC ..... 630  
*Muriel Vargas de Souza, Maicon da Silva Martins, Willians Cassiano Longen*

ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM DIABÉTICOS TIPO II ..... 633  
*Rubia Bresciani, Luciane Bisognin Ceretta, Priscyla Waleska Simões, Indianara Reinould Torette Becker*

PERFIL DOS FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADO PALIATIVO NO DOMICÍLIO ..... 635  
*Vera Lucia Leal de Oliveira, Valdemira Santana Dagostin, Paula Ioppi Zugno, Magada Tessman Schwalm, Ivanir Pra da Silva Thomé*

ERROS DE CONCILIAÇÃO EM PACIENTES POLIMEDICADOS EM PROCESSO DE TRANSIÇÃO ASSISTENCIAL ..... 637  
*Liege da Rosa Fantin, Luciane Bisognin Ceretta, Lisiane Tuon, Priscyla Waleska Simões, Indianara Reynaud Torette Becker*

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DE IDOSOS CADASTRADOS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC ..... 640  
*Lucas Bolzan Dela Libera, Priscyla Waleska Simões, Luciane Bisognin Ceretta, Lisiane Tuon*

O CONHECIMENTO DO PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA QUE FALECEM NO TRANS OU PÓS-OPERATÓRIO COMO ESTRATÉGIA PARA O CUIDADO HUMANO E TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM ..... 642  
*Monica Bonfante Dalpont, Beatriz Marques de Farias, Edilene Ghedin, Luciane Bisognin Ceretta, Magada Tessmann Schwalm*

## **EIXO 1 – ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITO SANITÁRIO**

---



## ALTERNATIVA À JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Raquel Requena Rachid

Graduanda em Direito pela Universidade Presbiteriana Mackenzie e em História pela Universidade de São Paulo- raquel.rachid@hotmail.com

### RESUMO

Este trabalho, “Alternativa à judicialização do direito à saúde”, aborda a imprescindibilidade da formulação de políticas públicas relacionadas à promoção do direito à saúde, tendo em vista ser direito constitucionalmente instituído como fundamental e, mesmo assim, padecer de falta de articulação entre os poderes para sua implementação, sendo alvo de ajuizamento de ações em massa às quais, na maioria das vezes, é dado provimento para condenar a Administração Pública à prestação de tratamentos médicos ou à entrega de medicamentos, sem que haja a devida instrução técnica do magistrado. Tal cenário só contribui para a diminuição de recursos dos entes federativos quanto ao planejamento de políticas. Dessa forma, mostra-se bastante eficaz a via administrativa de resolução das demandas da saúde, a qual se propõe a integrar os poderes e profissionais capacitados com o condão de satisfazer o pleito ou criar-lhe alternativas viáveis.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde; Articulação; Comitê Consultivo.

### ABSTRACT

This study, “Alternative for the judicialization of health right”, points to the indispensable formulation of public policies related to the Health Right promotion considering that, although it is constitutionally institutionalized as a fundamental right, it suffers from a lack of articulation between the public powers for its implementation. This lack of dialog configures a important cause for the population non treatment; this way, many individual lawsuits are being purposed to get a decision from Judiciary Power, which, in the majority of the opportunities, uphold the pretensions to condemn the Public Administration to provide medical treatments or the drugs requested, without the due technical instruction. That scenery just contributes to the reduction of federative entities resources regarding to the public policies planning. Thus, treating the requests administratively is a very effective way to solve health demands, moreover because it proposes to integrate the federative powers to trained professionals with the capacity of satisfying the solicitations or creating viable alternatives to the personal needs. Key-words: Right. Health. Articulation. Administrative Solution.

**Keywords:** Right to Health; Joint; Advisory Committees.

## INTRODUÇÃO

No que tange à sua efetivação, pode-se dizer que a saúde (AITH, 2007, p. 43) é um dos temas mais debatidos nos últimos anos por tratar de questão reconhecida e constitucionalmente prevista como direito fundamental.

É conveniente que se faça menção à construção de Norberto Bobbio (1992, p. 5) sobre tais direitos, os quais denomina-se fundamentais em virtude de serem considerados básicos para qualquer ser humano, independentemente de condições pessoais específicas - enquanto positivados em um determinado ordenamento jurídico. Para o autor, são direitos históricos, pois nascem de certas circunstâncias presentes em determinadas épocas e culturas.

Houve tempos em que não se considerou os direitos sociais como essenciais o que só ocorreu em virtude de etapas de amadurecimento social vivenciadas de um período ao outro. Hoje, a saúde é considerada um direito social – fundamental de segunda geração – o qual demanda atividade comissiva por parte do Estado.

Logo, para que haja a possibilidade de implementação máxima desse direito, é necessária a adoção de medidas concretas, planejadas e bem definidas as quais tenham o condão de efetivá-los. A relação existente entre políticas públicas e a realização de direitos, de maneira especial dos direitos sociais, é por isso direta (BUCCI, 1997, p. 90); por demandar prestações positivas por parte do Estado.

É a posição que o Estado assume através da realização da política econômica, impedindo que a primeira noção de *economia política*, ligada ao liberalismo, prospere. Então, através de políticas relativas à saúde, o Estado põe em prática parcela de sua função de “assegurar a existência das condições gerais de manutenção” (COMPARATO, 1978, p. 463) do equilíbrio, funcionando como redutor de crises.

Mesmo que sua efetivação plena seja alvo quase inalcançável (DALLARI, 1988, p.60), o direito à saúde está erigido em nossa regra constitucional pela letra de seu art. 6º, possuindo caráter prestacional (art. 196 CF/88) e devendo ser garantido ao povo (DUARTE, 2012, p. 428), o qual tem a prerrogativa de exigi-lo caso não seja cumprido nos conformes, por configurar ameaça ao texto da Constituição Federal dirigente de 1988.

Aborda-se, então, um meio de solução desses conflitos que seja alternativo

à judicialização – meio adotado em massa nos últimos anos através da propositura de ações individuais. Sendo assim, a via administrativa constitui excelente opção.

Como o Poder Judiciário não pode afastar de sua apreciação qualquer lesão ou ameaça de lesão a direito que lhe seja apresentada (art. 5º, XXXV, CF/88), mas nem sempre possui todo o arcabouço fático e técnico para tanto, a referida proposta de tratamento administrativo é resposta a inúmeras problemáticas voltadas ao tema.

A solução para essa crise do direito em conflito com a realidade poderá, então, ser viabilizada por meio diverso ao judicial (MARQUES; DALLARI, 2007, p.105), o qual propõe outro destino aos casos que seriam inicialmente dirigidos à apreciação do Poder Judiciário e que podem, a partir dessa iniciativa, tomar novos contornos, tanto agilizando a prestação da saúde quanto selecionando os casos mais complexos ou em cujo bojo não houve solução, para resposta via ação judicial - os quais seriam acompanhados de pareceres técnicos, a fim de dar maiores informações ao julgador.

## **DESENVOLVIMENTO**

Figurando, a partir de 1988, o SUS, constitucionalmente previsto e pressuposto da maior organização dos meios de promoção da saúde, possui – até hoje – obstáculos que impedem a implantação plena das conquistas advindas de sua instituição; ainda mais, se considerarmos sua disparidade com relação aos modelos anteriores, levando em consideração a maior amplitude de suas propostas.

A criação do SUS implicou em compartilhamento tanto das responsabilidades com a gestão quanto com o financiamento entre os gestores federativos, ao contrário do modelo anterior que atribuía ao Ministério da Saúde quase que exclusivamente as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

Sobre a competência comum atribuída aos entes em matéria de saúde, conveniente explicitar que ao falar em competências comuns, a Constituição indica que “determinadas matérias são da responsabilidade tanto da União, como dos Estados e dos Municípios, cabendo a todos eles atuar” (BARROSO, 1992, p. 127).

A partir dessa atribuição, a falta de integração entre os poderes, bem como sua deficitária articulação no que concerne às tentativas de criação de soluções para problemas da saúde, constitui causa de preocupação. Tal afirmação é devida por se

entender que a melhor forma de vislumbrar um processo de transformação seja através das relações entre atores envolvidos nos diferentes âmbitos de atendimento a um mesmo grupo de pessoas (PINHO; RIBEIRO, 2010, p. 17).

Não é possível que se verifique tal tendência naquela atuação que dispense o mapeamento das necessidades particulares e coletivas ou que deixe de pensar coletivamente a racionalidade dos processos visando às soluções eficazes. A falta de coordenação de alguns objetivos comuns entre as diversas esferas de atuação pode anular esforços que partem de algum centro irradiador de diretrizes; ou seja, uma mesma meta ao ser abordada fragmentariamente, pode gerar resultados indesejados e inócuos.

Sendo tão extenso o público alvo das políticas de promoção da saúde, o envolvimento de diversas esferas de poder deveria ser mais intenso, a fim de que fossem cobertas as lacunas na atuação através da relação entre poderes públicos.

Quanto aos avanços no pensamento das políticas públicas necessárias à efetivação de direitos como a saúde, importa destacar que a discussão fomentada pela atuação jurisdicional – à qual alguns atribuem caráter invasor do princípio da separação dos poderes - determinou avanços que representaram evolução no pensamento das próprias políticas públicas relacionadas ao tema. A recepção dos medicamentos via Poder Judiciário foi e continua sendo fator de pressão para fixação de políticas públicas mais eficazes e ampliativas, podendo levar a comunidade jurídica e a Administração Pública a se entenderem, cooperando uma com a outra.

É uma questão complexa, pois enquanto o SUS representa marco de inclusão social no tratamento da saúde no Brasil, as ações judiciais individuais, cujos pleitos visam à satisfação de necessidades pontuais, comprometem as medidas públicas em larga escala (BADIM, 2008, p. 65). Mesmo assim, tais pressões particulares não podem ser deixadas à mercê da falta de suprimento, já que também impulsionam melhorias para a coletividade e são dignas de apreciação em virtude da inafastabilidade do Poder Judiciário.

Todavia, até nesse aspecto é possível perceber perversões, tais quais: a) a predominância de ajuizamento de ações por parte de advogados particulares, os quais tornam-se verdadeiros especialistas em pedidos contra a Fazenda Pública, satisfazendo o interesse de certas camadas da sociedade, que podem arcar com os custos de seus serviços; e b) a prescrição de medicamentos de alto custo não constantes das listas de concessão pelo SUS, por médicos não conveniados ao

Sistema Único, o que determina a migração de grupos da sociedade para o sistema público de concessão quando os gastos extrapolam o orçamento privado (TERRAZAS, 2010, p. 107).

Outro exemplo de vício na busca por satisfação de pretensões relativas à saúde é o caso denunciado pela Procuradoria do Estado de São Paulo, em que indústrias farmacêuticas foram indicadas como fomentadoras da compra – pelo Estado - de seus próprios medicamentos. Trata-se de quantidades estratosféricas de remédios envolvidos em um jogo de manipulação de médicos para que prescrevessem tais insumos, a fim de movimentar a produção industrial sob a justificativa de serem a única alternativa ao tratamento de algumas doenças.

Mesmo a par de algumas incongruências, não é difícil de imaginar (em exercício de empatia) a tendência do magistrado à concessão de pedidos quando se coloca frente às alegações de iminente perigo de morte, sem ter auxílio no trabalho técnico de desmistificação dos nomes e propriedades de medicamentos para os quais o profissional do Direito não foi lapidado, a fim de se – eventualmente – elaborar solução análoga ao pedido formulado pelo jurisdicionado com fundamento nas previsões Sistema Único de Saúde.

Temendo ser algoz de um paciente, caso não lhe proporcione o máximo de condições à vida, o julgador não concebe outra alternativa, senão conceder a tutela para que seja possível sua extensão; já a Administração Pública, acaba não conseguindo planejar políticas coletivas consistentes quando acumula condenações.

Tal planejamento não pode ser limitados à extinção de deficiências logísticas de distribuição de medicamentos, pois caso fosse a única falha operacional (MAXIMILIANO, 2011, p. 444), sua resolução levaria ao completo desaparecimento de ações judiciais, o que não se verifica.

Os poderes, desconexamente, buscam soluções que não visam ao reflexo da ação de um na atuação do outro, cenário que demonstra falta de coordenação; falta de visão de conjunto (GAETANI, 2008, p. 39).

Alinhar os vetores torna-se cada vez mais impostergável; no mínimo, a busca por um trabalho articulado acabaria por enfraquecer a dificuldade trazida pela fragmentação no que tange ao diálogo político.

Não se trata de tarefa fácil, todavia, muito mais difícil torna-se a resolução de uma questão se não há disposição para solução integrada, já que cada qual traçará um plano de ação que pode ser diametralmente oposto ao outro. Logo, o fato de se

buscar uma base comum é sinal de evolução no tratamento das questões mais complexas, as quais gerarão um plano de ação consistente.

Tal qual preceitua Maria Paula Dallari Bucci, ao se falar de políticas públicas não se pode entender o tema como “ontologicamente jurídico”, por ser “originário do universo de preocupações da teoria política”. Para a autora, “o instrumental jurídico de análise centrado na norma e no ordenamento jurídico não é o mais adequado para captar o caráter eminentemente dinâmico e funcional das políticas públicas” (1997, p. 89).

Mesmo assim, tal tema foi incorporado ao arcabouço do direito, pois – ainda que não seja originário desse universo - em certo momento passou a lhe dizer respeito. Em definição da própria professora Maria Paula as “políticas públicas são programas de ação governamental visando a coordenar os meios à disposição do estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados” (2002, p. 241).

Mesmo que as resoluções administrativas de demandas relativas à saúde sejam mecanismos que não chegam a constituir políticas públicas, são mecanismos de acesso ao direito fundamental à saúde; verdadeiras ações em plano microinstitucional (BUCCI, 2013, p. 99) que devem lutar contra elementos de descontinuação.

Em implantação bem sucedida no Rio Grande do Norte, o Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (CIRADS) – exemplo de política de coordenação - envolveu distintas esferas de poder em seu plano de atividades, o que corrobora de maneira mais intensa para o diálogo entre as linhas de planejamento da saúde, para que seu acesso seja ampliado (MAXIMILIANO, 2011, p. 447).

Quanto mais entes ou órgãos de representação estejam envolvidos em uma dinâmica una, maior é a possibilidade de se chegar a um denominador comum sem que haja interferências posteriores, que venham a prejudicar o planejamento já traçado.

O CIRADS é instrumento para a efetivação da saúde fora do ambiente judicial e sua importância pode ser verificada através de sua indicação na Audiência Pública realizada em 2009 pelo STF - projetada para ouvir o depoimento de pessoas com experiência e autoridade relativamente ao SUS - como referencial a ser adotado para a propagação de alternativa à judicialização em escala nacional.

Trata-se de experiência que comprovadamente melhorou o atendimento à saúde e reduziu os índices de judicialização a partir da adoção de mecanismos consensuais de solução de controvérsias no âmbito administrativo, envolvendo a participação de vários órgãos públicos com alguma parcela de responsabilidade sobre o problema.

Implantado no Estado do Rio Grande do Norte através do Acordo de Cooperação Técnica, em 22.07.2009, o Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde é composto pelos seguintes órgãos: Defensoria Pública da União (DPU) no Estado do Rio Grande do Norte, Procuradoria da União no Estado do Rio Grande do Norte, Procuradoria Geral do Estado do Rio Grande do Norte, Procuradoria Geral do Município do Natal, Secretaria do Estado da Saúde Pública e Secretaria Municipal de Saúde do Natal. Além desses, integram o comitê auxiliares técnicos, eventuais ou permanentes (farmacêuticos, médicos, juristas, psicólogos, assistentes sociais, servidores públicos da saúde).

A finalidade da parceria foi o estabelecimento de canal de discussões sobre as questões de saúde entre os diversos entes públicos envolvidos nas demandas judiciais. O objetivo último da iniciativa consiste em possibilitar soluções administrativas às potenciais ações judiciais; ou seja, tal modelo propõe-se a ser alternativa à judicialização quando os pedidos tenham por objeto a prestação de medicamentos e tratamentos médicos.

O Comitê atua fornecendo medicamentos ou tratamentos previstos na lista do SUS àqueles que procuram o auxílio da DPU, por não terem sido atendidos quanto às suas necessidades. Propõe-se, ainda, a promover conciliações judiciais e sugestões de melhora do SUS, sendo que em todos os casos as análises procuram providenciar soluções alternativas ao pedido médico, quanto esse não é amparado pelas previsões do Sistema Único de Saúde.

Em razão do não repasse de verbas para desenvolvimento da iniciativa e uso da infraestrutura dos próprios órgãos envolvidos, qualquer eventual gasto decorrente da atividade é suportado pelo orçamento destinado aos parceiros. Não há uma imposição de medidas, mas uma solução consensual; essa forma de agir revela que é possível uma solução extrajudicial eficiente que valoriza a política adotada e não prejudica a gestão do sistema nem sua universalização.

Em 26.07.10 foi celebrado Aditivo ao Acordo, incluindo-se na formação original a Defensoria Pública do Rio Grande do Norte. Sendo assim, a atuação passou

a ser direcionada para os casos advindos da prestação de assistência jurídica gratuita pela Defensoria Pública da União e pela Defensoria Pública do Rio Grande do Norte, os quais são submetidos à análise do Comitê para verificação de possível solução em sede administrativa.

Por fim, a 42ª Ata de Reunião do CIRADS, de 03/05/12, menciona a possibilidade de difusão do projeto nos outros estados da Federação em razão de o modelo pioneiro ter despertado o interesse por sua eficiência, a qual se comprova através da solução de 50% (cinquenta por cento) dos casos analisados.

O sucesso das demandas judiciais - para os proponentes - pode ter sido fator de intensificação de sua propositura, animando os interessados a recorrer à prestação de insumos por parte do Poder Público. É o que mostra a comparação realizada entre os anos de 2009, 2010 e 2011, os quais, respectivamente, viabilizaram a quantidade de 10.486, 11.203 e 12.811, novas ações no âmbito da Justiça Federal, conforme dados fornecidos pela Advocacia Geral da União.

Considerando-se tanto a tendência pela judicialização quanto seus reflexos, é impossível não estar de acordo com o que alega a Procuradora do Estado de São Paulo, Juliana Yumi Yoshinaga, ao mencionar que “o fornecimento individualizado de medicamentos via Poder Judiciário pode facilmente conduzir o sistema público de saúde ao colapso” (YOSHINAGA, 2011, p.5).

A função do comitê, então, mostra-se clara ante o panorama traçado: constitui uma conjugação de esforços capaz de resolver questões de importância indelével, sem que cheguem às portas do Poder Judiciário, o qual, por muitas razões acaba deferindo tantos pedidos quantos lhe sejam apresentados, sem quantificar a escala como todo.

Ainda que não promova a concessão exata daquilo que o paciente procura, tal medida mostra seu êxito por, através de troca de e-mails entre os envolvidos, solucionar casos que certamente ensejariam novas ações judiciais. As reuniões são quinzenais e seu papel é relativo à ratificação formal dos acordos que foram debatidos durante os quinze dias anteriores.

O comitê de que se trata é um órgão voltado à atividade conciliatória do Estado, um local para exercício de concessões mútuas que geram consentimento entre o Estado e o cidadão.

Mesmo que não haja previsão de conciliação administrativa nesses moldes em nenhum diploma brasileiro, tal questão não pode ser vista como entrave à



efetivação dessa bela medida, mesmo porque esse novo molde de resolução de conflitos é fundamentado em dois princípios: o princípio da celeridade (art. 5º, LXXVIII, CF/88) e o princípio da eficiência (art. 37, *caput*, CF/88).

Sobre o assunto, Felipe Asensi comenta que o Poder Judiciário não seria o único ator responsável pela efetivação da saúde, frente à pluralidade de instituições que se destinam a essa finalidade, logo, haveria outras formas de solução de pretensões que não somente sua judicialização (2010, p.47).

Tal assertiva é verdadeira por se entender que a atuação do Poder Judiciário dá-se em circunstâncias nas quais as políticas públicas não foram supridoras das necessidades do jurisdicionado, não realizando em si mesma a função de promoção de política pública – é possível que promova entendimento no sentido de incentivar o Poder Executivo a planejá-las, mas não as promove diretamente.

Ou seja, a solução para os entraves que sondam o tema estão na discussão multiorganizacional sobre possibilidades e recursos disponíveis a resolver demandas sem a penetração dos pleitos na esfera jurisdicional, através do consenso.

Através da conciliação, a decisão além de mais robusta e aplicável - em virtude das concessões mútuas que dão origem ao contorno final das negociações, expressará o consentimento entre o Estado e o cidadão sem que precisem litigar.

Embora não haja previsão legal para a atividade conciliatória entre o particular e o Estado, interpretando-se a legislação brasileira, verifica-se que o procedimento não encontra nenhum óbice à implantação, posto que em total harmonia com o sistema jurídico.

O CIRADS, então, além de ser solução extremamente vantajosa e econômica para a Administração pública, pois envolve contenção dos gastos que seriam realizados em contenda judicial e pagamento de eventual condenação, é solução que traz maior satisfação às partes, em razão de ser fruto de mútuas concessões.

O objetivo da conciliação é realizar acordos para que o conflito não continue vivo, sendo que no ambiente de conciliação nenhuma das partes é obrigada a proceder de determinada maneira, não há nenhum tipo de imposição. Isso porque, as partes devem sentir-se confortáveis para os novos papéis que surgem a partir da solução da demanda. Trata-se de exercício de autocomposição, que se caracteriza por solução que parte dos próprios envolvidos no conflito.

Ademais, a atividade do CIRADS poderia ser, inclusive, aproveitada

intraprocessualmente, como forma de auxílio ao magistrado. Há relatos da submissão de casos ao CIRADS, casos em que o parecer desse órgão foi levado em consideração para a solução da problemática levada a juízo.

Um desses casos é a ação ordinária n.º 0001283-84.2009.4.05.8401, em cujo bojo a autora, Maria das Graças Teixeira, demandou tanto a União, quanto o Estado do Rio Grande do Norte e o Município de Grossos requerendo provimento jurisdicional que condenasse os requeridos à adoção de todas as medidas administrativas necessárias ao fornecimento de 46 (quarenta e seis) frascos do medicamento Herceptin (Trastuzumabe), com dose de ataque de 550mg seguida, a cada 21 (vinte e um) dias, de outra dose de 415mg, pelo período de um ano.

Em suas manifestações perante o juízo da 8ª Vara Federal de Mossoró - RN, a autora relatou que o medicamento indicado era necessário ao tratamento da doença que a acometia (Neoplasia Maligna de Mama) e que o mesmo não constava na relação de medicamentos essenciais ou em quaisquer outras listas de fornecimento compulsório do SUS, o que afastava a possibilidade de obtenção do medicamento na esfera administrativa.

O magistrado, então, através de louvável iniciativa, determina a intimação da Defensoria Pública a fim de submeter o caso ao CIRADS, admitindo que a questão seria mais complexa do que a decisão - de cunho predominantemente técnico jurídico - que poderia oferecer.

Nessa toada, o que importa não é o teor da decisão tomada pelo referido magistrado, mas sua disposição em solicitar o auxílio técnico necessário ao deslinde do conflito.

Comprova-se, dessa maneira, que é possível a integração do Comitê ao deslinde de questões judiciais, além das administrativas – as quais seriam seu grande objetivo e campo de atuação. Notório, torna-se, então, seu viés consultivo dentro de processos judiciais, além do papel de conciliação já citado o qual também pode desempenhar. Não se deve entender que tal órgão estaria vinculado ao Poder Judiciário, mas que prestaria auxílio quando da resolução de questões atinentes à saúde, para que o magistrado – mesmo que não vinculado ao parecer do CIRADS – pudesse decidir sobre o caso com maior lucidez e ancorado em razões tanto técnicas, relativas a outras áreas do conhecimento, quanto em razões jurídicas as quais domina.

O Comitê foi, inclusive, apontado por diversos meios de comunicação como

inovação e medida viável ao atendimento daqueles que precisam de prestações relativas à saúde e como alternativa a um modelo de judicialização em massa, estimulado pela solidificação do Estado Social e Democrático de Direito. Mostra-se, assim, alternativa viável e que deve ser replicada, concedendo ao maior número possível de indivíduos a possibilidade de terem seus casos apreciados e, eventualmente, resolvidos com maior facilidade, em observância à perscrutada dignidade da pessoa humana.

Tal qual postulam Jirnilson Paim e Naomar de Almeida (1998, p. 302), o cuidado e traçados da saúde também são fruto de recomposição decorrente das distintas articulações entre sociedade e Estado. Tendo em vista a cultura da litigância e a crise do sistema judiciário, elege-se a proposta até então comentada como auxílio às novas necessidades advindas dessa conjuntura, em matéria de saúde pública.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Tal modelo mostra-se extremamente satisfatório por não elidir a atuação judiciária e nem a ela delegar responsabilidade exorbitante, ou seja, corrobora com o equilíbrio entre os poderes.

De acordo com a redação do art. 3º, II, da Constituição Federal, o desenvolvimento nacional é objetivo fundamental da República Federativa do Brasil e, para o alcançar, é imprescindível a efetivação de direitos que garantam ao corpo social o necessário equilíbrio, para que tenha condições de se projetar em direção ao progresso.

A saúde é um desses direitos que precisam ser assegurados para que o cidadão, estando plenamente saudável e amparado por políticas que o estimulem (OCTAVIANI, 2008, p. 55), possa contribuir com o desenvolvimento nacional na construção de uma sociedade livre, justa e igualitária.

É uma lógica que se retroalimenta, já que quanto maior o desenvolvimento através do planejamento de políticas públicas pelo Estado, maior o progresso generalizado e maior o enfoque no avanço das ciências através da distribuição da instrução (CONDORCET, 1993, p. 189); ciclo esse que não se confunde com o crescimento indicativo de concentração de recursos e investimentos em grupos de interesses egoísticos, cuja diretriz é contrária ao avanço social.

O CIRADS é um mecanismo voltado ao desenvolvimento; sua dinâmica

traduz-se em avanço significativo no tratamento da saúde quando considerada a concessão de remédios e tratamento médicos, por viabilizar soluções muitas vezes mais práticas do que as judiciais, buscando sempre a análise do caso em todos os seus contornos. É uma resposta à altura das reinterpretações (FERNANDES, 2008, p.302) da vida social com vistas à releitura de padrões.

## REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. *Curso de Direito Sanitário: A proteção do Direito à Saúde no Brasil*. São Paulo, Quartier Latin, 2007.

ASENSI, Felipe Dutra. *Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 20, n. 1, 2010.

BARROSO, Luís Roberto. *A Proteção do Meio Ambiente na Constituição Brasileira*. Cadernos de Direito Constitucional e Ciência Política, ano 1, out./dez., 1992.

BOBBIO, Norberto. *A Era dos Direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BUCCI, Maria Paula Dallari. *Direito Administrativo e Políticas Públicas*. São Paulo: Editora Saraiva, 2002.

\_\_\_\_\_. *Políticas públicas e direito administrativo*. Revista de Informação Legislativa, v. 34, n. 133, 1997.

\_\_\_\_\_. *Fundamentos para uma Teoria Jurídica das Políticas Públicas*. São Paulo: Saraiva, 2013.

COMPARATO, Fábio Konder. *Ensaio e Pareceres de Direito Empresarial*. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1978.

CONDORCET, Jean Antonio Nicolas de Caritat. *Esboço de um quadro histórico dos progressos do espírito humano*. Campinas: Editora da Unicamp, 1993.

DALLARI, Sueli Gandolfi. *O Direito à Saúde*. Rev. Saúde Pública [online]. 1988, vol.22, n.1, pp. 57-63. ISSN 0034-8910.

DUARTE, Clarice Seixas. *O duplo regime jurídico do direito à saúde na CF/88: direito fundamental de caráter social e direito público subjetivo*. Pensar, Fortaleza, v. 17, n. 2, p. 420-451, jul./dez. 2012.

FERNANDES, Florestan. *Mudanças Sociais no Brasil*. São Paulo: Global Editora, 2008.

GAETANI, Francisco. *As políticas de gestão pública e os desafios da coordenação*. (In) Política de Gestão Pública Integrada. (Org.) de Oliveira, Fátima Bayma. Política de gestão pública integrada. FGV Editora, 2008.

MARQUES, Silvia Badim. *Judicialização do Direito à Saúde*. Revista de Direito Sanitário, São Paulo v. 9, n. 2 p. 65 Jul./Out. 2008.

MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. *Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo*. Rev Saude Publica, 2007, 41.1: 101-7.

MAXIMILIANO, Vitore André Zilio. *Soluções Alternativas de Conflitos são Possíveis na Área da Saúde*. (In) O CNJ e os Desafios da Efetivação do Direito à Saúde. (Org.) NOBRE, Milton Augusto de Brito; e DIAS DA SILVA, Ricardo Augusto. Belo Horizonte: Editora Forum, 2011.

OCTAVIANI, Alessandro. *Recursos genéticos e desenvolvimento: os desafios furtadiano e gramsciano*. São Paulo: Saraiva, 2013.

PAIM, Jairnilson Silva, et al. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Revista de Saúde Pública, vol. 32, n.º 4, p. 299-316, jun/1998.

PINHO, Gabriela Salomao Alves; RIBEIRO, Helen Barbosa Alves. *Intersetorialidade: Por que não dá certo? – As Políticas Públicas e seus Desencontros*. Polêmica, v. 9, n. 1, p. 14 – 27, janeiro/março 2010.

TERRAZAS, Fernanda Vargas. *O Poder Judiciário como voz institucional dos pobres: o caso das demandas judiciais de medicamentos*. Revista de Direito Administrativo, v. 253. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

YOSHINAGA, Juliana Yumi. *Judicialização do Direito à Saúde: a experiência do Estado de São Paulo na adoção de estratégias judiciais e extrajudiciais para lidar com essa realidade*. Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado, n.º 24, dezembro/janeiro/fevereiro 2011, Salvador, Bahia, Brasil, ISSN 1981-1988, Instituto Brasileiro de Direito Público.

## A COMPREENSÃO DO DIREITO À SAÚDE DO IDOSO A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS DO CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC

Mônia J. S. S. Gava

Bacharel em Direito pela UNESC. Ex-pesquisadora do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC) Email: jakelinescarsanella@yahoo.com.br

Roseli Schminski Vieira

Bacharel em Enfermagem pela Unesc. Especialista em Gestão na Atenção Básica em Saúde pela Unesc. Pesquisa do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Enfermeira. Email: roselischminski@gmail.com

Reginaldo de Souza Vieira

Doutor e Mestre em Direito – PPGD/UFSC. Líder do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Professor Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico e do Curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Advogado. Email: prof.reginaldovieira@gmail.com

### RESUMO

**Introdução** Com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988<sup>1</sup>, que prescreveu no *caput* do seu artigo 230, o direito do idoso ao *status* de direito humano fundamental, temos que deve ser protegido pelo Estado, pela sociedade e pela família. O instituído na CRFB/1988 foi regulamentado pela Lei 10.741, de 2003, que criou o Estatuto do Idoso. Percebe-se atualmente um aumento na faixa etária da população idosa. Neste sentido, o Estado deve atuar de maneira a criar políticas públicas, que possam garantir ao idoso um bem-estar social, principalmente em relação à saúde do idoso, no que diz respeito a prevenção e promoção de saúde.

**Objetivo:** Analisar as políticas públicas existentes para a concretização do direito fundamental à saúde do idoso, a partir da percepção dos conselheiros e das decisões do conselho de direitos do idoso do município de Criciúma/SC. **Metodologia:** Foi utilizada a pesquisa com abordagem qualitativa. Para o presente estudo, foram realizadas entrevistas, com os conselheiros, do Conselho Municipal do Idoso (CMI) do Município de Criciúma-SC, cujo questionário passou pela análise do conselho de ética da UNESC. Utilizou-se um instrumento de pesquisa com perguntas semi-estruturadas. **Resultados:** Após a entrevista com os 16 conselheiros do CMI do município de Criciúma-SC, constatou-se que o CMI não apresenta nenhum tipo de política pública direcionada diretamente à garantia do direito à saúde do idoso. O CMI tem atuado na fiscalização e regulamentação da situação das Instituições de Longa Permanência (ILPs), o que indiretamente se configura em uma política pública de saúde. Para os conselheiros, são áreas prioritárias para a criação de políticas públicas de saúde para o idoso: programas de atividade física e fisioterapia nas ILPs; prioridade no atendimento do idoso em unidades de saúde e hospitais; efetividade da lei de acesso aos medicamentos; prevenção de saúde e qualidade de vida; saúde mental; prevenção de doenças e quedas; prevenção da síndrome da imobilização; capacitação dos cuidadores; doença de Alzheimer; depressão; distribuição de próteses dentárias e que o Estado forneça profissionais da área da saúde para as ILPs. De acordo com a maioria dos conselheiros, o conselho inclui em suas pautas de reunião temas acerca da saúde do idoso, principalmente no que se refere a maus-

tratos do idoso e sua qualidade de vida. Segundo a metade dos conselheiros o monitoramento das políticas públicas existentes das instituições inscritas e não-inscritas neste conselho são feitas através de denúncias e fiscalização das ILPs. Para os conselheiros do CMI, o conselho poderia ajudar a melhorar o atendimento na área de saúde para as pessoas idosas promovendo palestras direcionadas a nutrição, psicologia (luto e depressão), processo de envelhecimento, fazendo cumprir as leis já existentes, informar a secretaria da saúde sobre as dificuldades em relação aos problemas de saúde do idoso, programas de incentivo à saúde física e mental, fiscalização das entidades, propondo a criação de políticas públicas de saúde do idoso de acordo com a secretaria de saúde e conscientização da população idosa sobre seus direitos. **Conclusão:** Percebeu-se com esta pesquisa que os membros do CMI possuem a compreensão da necessidade de ações prioritárias para a saúde do idoso, apesar de não terem proposto ao Conselho Municipal de Saúde e a Secretária Municipal de Saúde alguma política pública específica para a saúde do idoso.

**Palavras-chave:** Políticas públicas; Saúde do idoso; Direito à saúde; Conselho Municipal do Idoso.

## REFERÊNCIAS

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, promulgada, de 5 de outubro de 1988. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 07.05.2014.

## O DIREITO DE MORRER DIGNAMENTE E O RECONHECIMENTO DO DIREITO DE AUTODETERMINAR-SE

Sheila Martignago Saleh

Mestre, UNESC – Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina  
sheilamsaleh@hotmail.com

Manuela do Prado Soares

Bacharel em Direito - UNESC – Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina  
manu\_soares7@hotmail.com

### RESUMO

O presente estudo tem por objetivo central analisar o reconhecimento do direito do paciente em optar pela suspensão do tratamento médico em caso de doença terminal através da Resolução nº. 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina, também conhecida como Testamento Vital. Para melhor entender o tema, têm-se como objetivos específicos apresentar o direito de morrer com dignidade, os tipos de eutanásia e o suicídio assistido, um breve esboço sobre o consentimento informado e a análise final do Testamento Vital, sob o enfoque das diretivas antecipadas de vontade da Resolução do CFM. O método utilizado para o desenvolvimento desse artigo científico foi o hipotético-dedutivo e a linha de pesquisa utilizada para a fundamentação se deu por modalidade de pesquisa teórica, de investigação em vasta bibliografia, bem como a pesquisa prescritiva. A pesquisa conclui que as diretivas antecipadas de vontade, ou seja, o ato de autodeterminar-se com relação ao tipo de morte, visando à morte digna, significa o respeito à autonomia e dignidade do paciente, direito esse fragilizado pela falta de legislação a respeito.

**Palavras-chave:** Morte; Dignidade; Diretivas Antecipadas; Ortotanásia.

### ABSTRACT

The present study aims to analyze the central recognition of the right of the patient to opt for suspension of medical treatment in the event of terminal illness through resolution nº. 1,995/12 of the Federal Council of Medicine, also known as Will Vital. To better understand the topic, have been as specific objectives introduce the right to die with dignity, the types of euthanasia and assisted suicide, a brief foreshortening about informed consent and the final analysis of the will, under the Vital focus of advance directives will the resolution of CFM. The method used for the development of this paper was the hypothetical-deductive and the line of research used for the statement of reasons was given for theoretical research mode, vast research bibliography, as well as the prescriptive research. The research concludes that advance directives of will, i.e. the Act of certainly be granted self-determination within itself with respect to the type of death, aiming at dignified death, It means respect for the autonomy and dignity of the patient, this law weakened by lack of legislation regarding.

**Keywords:** Death; Dignity; Advance Directives; Ortotanásia.

### INTRODUÇÃO



O direito à vida bem como o direito à morte com dignidade são temas abarcados no atual cenário da Bioética, assim como do Direito, da Medicina, entre outras ciências. Há várias formas de se entender o que seja viver e/ou morrer dignamente, uma vez que não há um significado exato para os referidos temas, pois cada pessoa, subjetivamente, pode ter um entendimento sobre o que seja a morte digna, por exemplo.

O presente artigo científico tem por objetivo central estudar o direito dos pacientes terminais em optarem pela suspensão do prolongamento artificial de sua vida, caracterizando tal direito como um direito à morte digna, pela análise do que dispõe a Resolução n. 1995/12, do Conselho Federal de Medicina.

A análise apontada é necessária, pois no Brasil não há legislação específica que verse sobre a morte digna, como ocorre em outros países como Estados Unidos da América, Portugal e Uruguai. Tratando-se de um assunto complexo e sem nenhum amparo legislativo, o qual envolve o respeito à autonomia do paciente e sua dignidade, o presente tema merece ser avaliado com apreço.

Desta forma, o presente artigo terá a seguinte estrutura: no primeiro tópico será apresentado o direito de morrer, abordando o atual entendimento sobre vida e morte, bem como uma breve conceituação do que seja dignidade. O segundo tópico terá o objetivo de conceituar os tipos de eutanásia e o suicídio assistido, por serem considerados tipos de mortes dignas. O terceiro tópico fará uma breve explanação sobre o consentimento informado e o quarto e último tópico fará uma análise do Testamento Vital, com foco nas diretrizes ou diretivas antecipadas de vontade, conforme o que determina a Resolução n. 1995/12 do CFM.

## **METODOLOGIA**

Na presente pesquisa foi utilizado o método hipotético-dedutivo, com o auxílio das técnicas de pesquisa bibliográfica, documental/legal e prescritiva. Por fim, se apresentam as considerações finais a respeito do tema indicado.

## RESULTADOS/DISCUSSÃO

### O direito de morrer dignamente

A discussão quanto ao término da vida, definição dos tratamentos direcionados aos enfermos e as formas de morrer, abarca dilemas éticos e impasses de caráter jurídico, fazendo com que os profissionais da saúde, como também estudiosos de diferentes áreas e até mesmo leigos, discutam “criticamente acerca da conduta ética e juridicamente mais adequada diante da terminalidade de uma vida humana”. (MÖLLER, 2007, p. 18)

Durante séculos, o fator que determinava se uma pessoa estava morta era o “parar de respirar e o coração parar de bater”. Nesse período, qualquer pessoa era capaz de declarar se alguém estava morto. O principal teste realizado era a aproximação de um espelho nas narinas do indivíduo, caso o espelho não embaçasse, a morte estava definida, pois seria certo que o indivíduo não estava mais respirando. Por incrível que pareça, essa prática ainda é muito utilizada. (OLIVEIRA, 2004, p. 25)

Entretanto, com a evolução da tecnologia, sobretudo devido às tecnologias de reanimação o conceito de morte mudou, e conseqüentemente o de vida também. Assim, “vida é a ausência de danos cerebrais irreversíveis”, ou seja, a pessoa é considerada viva enquanto estiver com as funções cerebrais funcionando, ou ainda, caso tenha algum dano cerebral que este seja transitório, reversível. Já a morte é diagnosticada quando “as células cerebrais estão sem atividade elétrica”. A morte clínica, assim como é chamada, é diagnosticada através de um eletroencefalograma de ondas lisas, o qual aponta a inatividade cerebral. A morte clínica significa morte cerebral, vida vegetativa. (OLIVEIRA, 2004, p. 25-26)

Uma pessoa em estado vegetativo pode estar ligada a aparelhos que visem o prolongamento artificial de sua vida. Este fato traz consideráveis discussões, como podemos observar (OLIVEIRA, 2004, p. 26):

Em “vida vegetativa” alguém poderá ficar, por tempo indeterminado, ligado ou não a “aparelhos”. Esse prolongamento artificial da vida tem suscitado polêmicos debates e desencadeado a luta pelo direito de ser declarado morto, de conquistar a morte com dignidade e pelo dever de deixar morrer humanitariamente. (com destaque no original)

Mas, o que é morrer com dignidade, ou melhor, o que significa simplesmente dignidade? Sabe-se que é de difícil conceituação a dignidade da pessoa humana devido ao problema de se reduzir a uma fórmula genérica tudo aquilo que concerne a dignidade da pessoa humana. (SARLET, 2005, p. 33) Coloquialmente, a palavra dignidade é utilizada como sinônimo de honestidade e decência. (MARTINS, 2003, p. 113)

Observa-se o que diz Silva (*apud* MARTINS, 2003, p. 115) sobre a dignidade:

É atributo intrínseco, da essência, da pessoa humana, único ser que compreende um valor interno, superior a qualquer preço, que não admite substituição equivalente. Assim, a dignidade entranha e se confunde com a própria natureza do ser humano.

Assim, compreendendo a dignidade como algo intrínseco ao ser humano, a mesma deve acompanhar a pessoa humana desde o seu nascimento até a sua morte. Portanto, (...) “a dignidade é um valor imanente à própria condição humana”.(MARTINS, 2003, p. 115)

Juridicamente, a expressão “pessoa” é utilizada para estipular o homem ou a mulher como titulares de direitos e obrigações. Contudo, busca-se a consonância dos termos “pessoa” e “humana”, entendendo que pessoa humana é (...) “qualquer ser humano, que pelo simples existir é tido como pessoa para fins de proteção constitucional. Identifica-se, portanto, a expressão ‘pessoa humana’ com o sentido de ser humano”.(MARTINS, 2003, p. 118)

Então, afirma-se que a dignidade da pessoa humana restará ofendida quando a própria pessoa humana for rebaixada a objeto, ou seja, sempre que a pessoa concreta for “descaracterizada ou desconsiderada como sujeito de direitos”.(SARLET, 2005, 33-34)

Voltando à negativa do morrer, hodiernamente a morte é encarada como algo terrível, em que as pessoas ficam temerosas, com dificuldade em aceitá-la, até mesmo negando o fato de que um dia partirão dessa vida humana. Esse posicionamento explica-se pela utilização excessiva da tecnologia nas descobertas, procedimentos, aplicações e tratamentos médicos, fenômeno também chamado de obstinação terapêutica. (MÖLLER, 2007, p. 18)

O fenômeno apontado pode ser visto tanto como algo positivo quanto como algo negativo. É óbvio que as novas descobertas devido ao avanço da tecnologia no

âmbito da saúde proporcionam uma maior disponibilidade de tratamentos, e consequentemente aumentam as chances e esperanças de curas de doenças. E são essas novas “esperanças” que originam essa visão atual da morte, sendo este o ponto negativo da questão. As pessoas não aceitam que estão morrendo ou ainda não respeitam o fato de que o fim da vida chegou para determinado indivíduo, que sua matéria (corpo) não suporta mais os efeitos da doença ou do tratamento que está sendo aplicado a ele, e ainda, que este indivíduo optou por morrer dignamente. (MÖLLER, 2007, p. 18)

A morte digna consiste na defesa do direito do indivíduo acometido de doença em fase terminal ter um processo de morrer e consequentemente uma morte pautada em suas convicções, crenças e valores pessoais, ou seja, ter uma morte digna, não penosa, sendo respeitada a sua autonomia. O que se tenta reconhecer é que o paciente em fase terminal tem o direito à morte com autonomia, como já citado anteriormente, independentemente se o mesmo optou pela limitação do tratamento, visando uma morte no sentido natural e provavelmente mais rápida, porém, com a dor e sofrimento controlados, ou ainda optando pela ampliação artificial da vida terminal (MÖLLER, 2007, p. 18-19), o que significa optar por um breve distanciamento da morte, a qual, uma hora ou outra, irá chegar.

Vale ressaltar que se entende por paciente em estado terminal aquele se encontra em situação irreversível, segundo a qual o fato de estar sendo tratado ou não, não modificará o seu quadro clínico, e que demonstra uma relevante probabilidade de morrer em um tempo relativamente curto. Alguns prognósticos apontam esse tempo como de 03 (três) a 06 (seis) meses. (MÖLLER, 2007, p. 35)

A luta pelos profissionais da saúde em adiar a morte do paciente terminal pode estar pautada em três situações. A primeira situação pode ser caracterizada pelo vínculo afetivo que o profissional tem com o enfermo e com a família do mesmo, o que dificulta ao profissional em negar os pedidos feitos pelos familiares do paciente em fazer tudo o que for possível para não deixar aquele ente querido falecer. A segunda hipótese seria o entendimento que a suspensão do tratamento seria como uma forma de desistência e uma derrota, tendo em vista todos os esforços despendidos em relação àquele doente. E a terceira alternativa estaria extremamente ligada com os ensinamentos ministrados pela academia de que o médico tem que agir em prol, defesa e manutenção da vida das pessoas, a todo custo, ou ainda devido a pressões de grupos políticos e religiosos que abominam a abreviação da vida,

independentemente se estivermos tratando de pacientes terminais ou não. (MÖLLER, 2007, p. 35)

Dentro desse contexto, surge a discussão sobre a morte digna, englobando-se nessa hipótese o suicídio assistido e as formas de eutanásia. (MARTINS, 2008, p. 01) É importante destacar que as hipóteses de morte digna visam o reconhecimento da autonomia do paciente e que seja respeitada a sua vontade e não a dos seus familiares ou profissionais da saúde.

### **Tipos de eutanásia e suicídio assistido**

O termo eutanásia deriva do grego, significando “boa morte”. Esta terminologia foi proposta por Francis Bacon, no século XVII, o qual objetivava expressar que o médico deve agir em prol do paciente visando tranquilizar as dores e sofrimentos deste, não apenas quando este alívio venha acarretar a cura da doença, mas também, quando este alívio visa uma morte piedosa, tranquila, leve. (DODGE, 2013)

Então, visando uma morte piedosa, a eutanásia pode ser entendida como o alívio de dores e sofrimentos sentidos pelo paciente terminal. Nesse sentido, observa-se a seguinte conceituação. (MARTINS, 2008, p. 01-02):

Entende-se como eutanásia a conduta em que alguém, deliberadamente e movido por fortes razões de ordem moral, causa a morte de outrem, vítima de uma doença incurável em avançado estado e que está perecendo de grande sofrimento e dores. A eutanásia seria justificada como uma forma de libertação do sofrimento acarretado por um longo período de doença.

Assim, pode-se justificar a prática da eutanásia como um meio de libertação do sofrimento, da dor e lamentação oriundas de um longo período de doença. (MARTINS, 2008, p. 02)

Com o decorrer do tempo, o significado de eutanásia evoluiu, originando-se terminologias específicas para assinalar condutas diferentes. A eutanásia significa simplesmente, a promoção do óbito. Em outros termos “é a conduta (ação ou omissão) do médico que emprega (ou omite) meio eficiente para produzir a morte em paciente incurável e em estado de grave sofrimento”. (DODGE, 2013)

Os termos que especificam as modalidades de eutanásia são vastos, podendo ser eutanásia ativa, eutanásia passiva (ortotanásia) e eutanásia de duplo efeito e distanásia. (MARTINS, 2008, p. 04)

Cumprir destacar, que em alguns países, inclusive no Brasil, a prática da eutanásia é proibida. (MARTINS, 2008, p. 01) No Brasil é considerada crime, caracterizando-se como uma forma de homicídio (DODGE, 2013). Porém, a legislação brasileira é muito criticada por estudiosos, taxando-a como retrograda tendo em vista a realidade social. (MARTINS, 2008, p. 17)

A eutanásia ativa incide na prática deliberada de provocar a morte, objetivada como um fim misericordioso, sem dor e sofrimento para o paciente. (MARTINS, 2008, p. 02) Conforme Dodge (2013), um dos meios cabíveis e possíveis de exemplificação da eutanásia ativa é a aplicação de uma injeção intravenosa de potássio, o que provocaria a morte rápida.

Em alguns casos, a eutanásia ativa é praticada pelo profissional da medicina que acompanha o paciente, porém, também pode ser executada por parente próximo do paciente. (MARTINS, 2008, p. 03)

A ortotanásia ou eutanásia passiva consiste na suspensão dos procedimentos aplicados ao paciente em fase terminal, ou seja, cessação do tratamento médico devido à doença incurável que está prolongando a vida do mesmo. (MARTINS, 2008, p. 03)

Essa modalidade de eutanásia visa abreviar a morte sem sofrimento e agonia. Assim, na maioria dos casos mantem-se as medidas ordinárias, que são aquelas que objetivam reduzir a dor e sofrimento do paciente, e suspendem-se as medidas extraordinárias, as quais dão suporte à vida, prolongando a mesma. (MARTINS, 2008, p. 03)

Desta forma, classifica-se a eutanásia passiva como a omissão voluntária de medidas extraordinárias que prolongam a vida do paciente. Explica-se tal afirmativa pelo fato de que mesmo sendo essas medidas eficazes, o objetivo visado ou a eficácia é atingida transitória, ou seja, não resolve o problema, muito menos cura o paciente da doença acometida, pois, muitas vezes, dentro de pouco tempo da aplicação da medida, o quadro clínico do paciente volta à condição anterior ou se modifica de forma a anular o benefício pretendido. (DODGE, 2013)

Pouco falada entre os autores, a eutanásia de duplo efeito se caracteriza “quando a morte é acelerada como consequência indireta das ações médicas que são executadas visando o alívio do sofrimento de um paciente terminal”. (MARTINS, 2008, p. 03) Essa modalidade de eutanásia é muito semelhante à eutanásia ativa, porém, aqui não há o fator da deliberação.

Ocorre a eutanásia de duplo efeito quando se aplica altas doses de medicamentos objetivando aliviar a dor do paciente, sabendo que tal ação acarretará como consequência a abreviação da vida do paciente, ou seja, estar-se-á acelerando a morte do paciente. (MARTINS, 2008, p. 03)

Conceitua-se a distanásia como a “morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”. (DODGE, 2013) Mesmo não objetivando diretamente a morte, a distanásia encontra-se no rol das formas de eutanásia.

Ocorre a distanásia quando se recorre e conseqüentemente se aplica aos enfermos terminais, todos os meios terapêuticos possíveis, entre eles os extraordinários e experimentais. (DODGE, 2013)

Assim como em alguns casos da eutanásia passiva, os meios empregados na distanásia possuem esperanças duvidosas prologando a existência do indivíduo ora paciente, sem sequer ter o mínimo conhecimento da eficácia do meio utilizado ou se irá reverter o quadro. (DODGE, 2013)

O suicídio assistido ocorre quando o paciente em fase terminal solicita à outra pessoa que lhe alcance algum instrumento que possa tirar-lhe a própria vida ou ainda, caracteriza-se o suicídio assistido com a instigação ao suicídio. (MAIA, 2012)

Nota-se que essa situação diverge das formas de eutanásia, pois o terceiro, como já afirmado anteriormente, apenas auxiliará o paciente alcançando-lhe os meios para que a morte aconteça, ou ainda encoraja-o a dar cabo da própria vida. (MAIA, 2012)

Esse assunto ganhou popularidade devido ao médico norte americano Jack Kevorkian, o qual teria auxiliado cerca de 45 (quarenta e cinco) pacientes em fase terminal a cometer o suicídio assistido, supostamente caracterizando tal ação como morte digna. Além disso, a divulgação do livro “A solução Final”, em 1991, apresentou outras formas de ajudar os pacientes terminais a alcançar a morte com dignidade. (MAIA, 2012)

Em alguns Estados dos Estados Unidos da América o suicídio assistido é admitido. Houve até a tentativa da Suprema Corte de penalizar os médicos que haviam auxiliado alguns pacientes a cometê-lo, porém, a população norte-americana demonstrou-se contrária ao posicionamento da Suprema Corte, mantendo a lei através de plebiscito. (MAIA, 2012)

No Brasil, esse assunto não movimentou a opinião pública, nem se cogitou a possibilidade de haver legislação pertinente ao caso. Entretanto, há consideráveis

divergências na doutrina, uma vez que se defende a vida, como um direito fundamental, mas não de qualquer forma, ou seja, a vida deve ser mantida quando existirem as possibilidades de vivê-la de fato, viver bem, sem a ajuda de terceiros (MAIA, 2012), afastando e diferenciando o viver do durar. Há pessoas que vivem outras que duram. O paciente em estado terminal não está vivendo, ele está durando.

### **Consentimento Informado**

Para se alcançar a morte digna, conforme demonstrado em algumas das possibilidades, como por exemplo, através da eutanásia passiva, necessita-se do exercício e reconhecimento da autonomia e capacidade para se manifestar ou consentir por parte do paciente.

O consentimento informado, segundo o Comitê Nacional de Bioética na Itália compõe a legitimação e o embasamento do ato médico. Esse fenômeno possui base legal e ao mesmo tempo, caracteriza-se como expressão de caráter eticamente correta. (CLOTET, FRANCISCONI, GOLDIN, 2000, p. 13)

Assim, conceitua-se o consentimento informado como (CLOTET, FRANCISCONI, GOLDIN, 2000, p. 13):

[...] uma condição indispensável da relação profissional-paciente e da pesquisa com seres humanos. Trata-se de uma decisão voluntária, realizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo e deliberativo, visando à aceitação de um tratamento específico ou experimentação, sabendo da natureza do mesmo, das suas consequências e dos seus riscos.

Cumpra primeiramente explicar os motivos que levam a considerar o consentimento informado como uma ação eticamente correta e qual o embasamento legal fundamenta-o. Pois bem, considera-se a prática do consentimento informado como uma prática eticamente correta, pois essa ação envolve uma relação humana dialogante, a qual possibilita “o reconhecimento do paciente ou sujeito de pesquisa como um ser autônomo, livre e merecedor de respeito”.(CLOTET, FRANCISCONI, GOLDIN, 2000, p. 14) Esse exercício, também afasta uma atitude despótica do profissional. Fortalecendo esse entendimento, observa-se o que tange Clotet, Francisconi e Goldin (2000, p. 14):

A vivência desses valores garantiria a convivência justa, pacífica e democrática de qualquer sociedade. Autonomia, liberdade e respeito, por representarem elementos básicos da dignidade da pessoa, são direitos



fundamentais do ser humano, de caráter inviolável, tanto no exercício da assistência à saúde como na pesquisa com seres humanos.

Assim, justifica-se como base legal do consentimento informado, o fato de que este visa garantir e fortalecer a autonomia do indivíduo, “aumentando-se a autonomia pessoal nas decisões que afetam o bem estar físico e mental”. (CLOTET, FRANCISCONI, GOLDIN, 2000, p. 14)

Nesse momento, citam-se as características comuns, de observâncias necessárias, para que tenha o consentimento informado. As características são: informação necessária, ausência de coerção, formas de informação em que o consentimento pode ser realizado e capacidade para consentir. (CLOTET, FRANCISCONI, GOLDIN, 2000, p. 15-16)

Quanto à capacidade para realizar o consentimento informado, é necessária a observância do instituto da capacidade estipulada no Direito Civil. Aqui, em linhas sucintas, vale frisar que a capacidade do indivíduo para consentir é um dos elementos mais fundamentais para a prática do consentimento informado. De acordo com Clotet e outros (2000, p. 57), “esta capacidade de tomar decisões livremente é a garantia da voluntariedade imprescindível à plena validade do ato de consentir”. Tratando-se de pessoas impossibilitadas de exteriorizarem seu consentimento informado, este deverá ser dado por um familiar em linha reta ou pelo representante legal<sup>1</sup>. (CLOTET, FRANCISCONI, GOLDIN, 2000, p. 16)

### **Análise do Testamento Vital**

No Brasil, não há lei que trate da morte digna, porém em 2012 foi aprovada uma Resolução do Conselho Federal de Medicina que traz a possibilidade do Testamento Vital. Esta Resolução pode ser considerada como o primeiro passo ao reconhecimento da autonomia dos pacientes terminais em nosso País. (BERGAMASCO, 2012)

A partir da Resolução nº. 1.995 (de 31 de agosto de 2012) deu-se autonomia aos pacientes para decidirem sobre os tratamentos que desejam receber

---

<sup>1</sup>De acordo com o Código Civil, todo indivíduo é sujeito de direitos, porém, nem todos possuem capacidade para exercer esses direitos e responderem por suas obrigações. A capacidade de exercício ou de fato, conforme Venosa (2007, p. 132) “é a aptidão para pessoalmente o indivíduo adquirir direitos e contrair obrigações”, ou ainda comungando com o mesmo pensamento, nas palavras de Lisboa (2002, p. 212), “capacidade é aptidão para o exercício de atos e negócios jurídicos”.

no fim da vida. Desta forma, qualquer pessoa maior de 18 anos, gozando de lucidez (capacidade civil), saudável ou não, poderá declarar ao seu médico que tipo de tratamento gostaria de receber, caso venha a portar alguma doença que acarrete o estado terminal e irreversível. O paciente poderá optar pela suspensão do tratamento que prolongue artificialmente sua vida, buscando uma morte natural, ou ainda poderá optar para que sejam adotadas todas e quaisquer medidas, inclusive extremas, dolorosas e exaustivas que possibilitem que “viva” por mais tempo. (BERGAMASCO, 2012) Em outras palavras, o testamento vital consiste na declaração de vontade (denominada de diretivas antecipadas) do paciente em escolher quais os métodos de tratamento ou interrupção deste, caso o quadro clínico daquele evolua para fase terminal.

A edição dessa Resolução possui forte influência da lei norte-americana “*The Patient Self-Determination Act (PSDA)*”<sup>1</sup>, que aponta as formas de efetivação das diretivas antecipadas. (MÖLLER, 2007, p. 102-103)

A primeira consideração apontada pelo Conselho Federal de Medicina para a criação da Resolução foi a falta de regulamentação que verse sobre as diretivas antecipadas de vontade na conjuntura da ética médica em nosso País. (CFM, 2013) Proporcionado ao paciente apontar suas diretivas antecipadas de vontade, também houve a necessidade de disciplinar o comportamento do médico perante as mesmas. (CFM, 2013)

A problemática observada pelo CFM são os novos avanços da tecnologia nas questões da saúde. É sabido que esses avanços muito têm contribuído para o tratamento e às vezes cura de algumas doenças. Porém, esse mesmo avanço que pode ser positivo, traz sérias consequências, pois também proporciona a adoção de medidas desproporcionais em face do paciente terminal que nada colaboram para a

---

<sup>1</sup>A PSDA visa garantir a autonomia das pessoas quanto à escolha de decisões voltadas ao cuidado com a saúde, sendo incluído nessas escolhas o direito de aceitar ou negar determinado tratamento. Aponta-se nessa lei o registro escrito e documentado das escolhas dos futuros pacientes incapazes (CLOTET, 2003, p. 78). Apesar da Resolução nº. 1.995/12 do CFM ser influenciada pela PSDA, a mesma não traz a hipótese do registro por escrito e transformado em documento das diretivas antecipadas de vontade do paciente. Essa lei norte-americana que protege a autodeterminação do paciente obriga as unidades hospitalares, ou seja, “os hospitais e centros de saúde conveniados, públicos e particulares” (MÖLLER, 2007, p. 103), a informar os pacientes, oficialmente no momento de sua admissão na instituição de saúde, de que existe a possibilidade do mesmo manifestar quanto ao que desejaria e recusaria em termos de tratamento e final de vida. A PSDA, assim como a Resolução nº. 1.995/12 do CFM aconselha o uso das diretivas (diretrizes) antecipadas. A PSDA ainda aponta as formas como essas decisões ou ordens antecipadas podem ser efetivas (MÖLLER, 2007, p. 103).

evolução da situação do paciente, apenas prolongam-lhe o sofrimento, e que poderiam ter sido rejeitadas pelo mesmo anteriormente. (CFM, 2013)

O Conselho Federal de Medicina definiu no artigo 1º da Resolução nº. 1.995/12 que diretivas ou diretrizes antecipadas de vontade são o conjunto de desejos, manifestado pelo paciente terminal, prévia e expressamente, que versem sobre os cuidados e tratamentos que o mesmo deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar. (CFM, 2013)

A Resolução nº. 1.995/12 prevê três possibilidades de se colocar em prática o funcionamento do testamento vital. Entre essas possibilidades encontra-se a que seria a regra geral (que para alguns seria a forma recomendável), que é a própria informação declarada ao médico pelo paciente. Porém, outras possibilidades ainda são apontadas, como é o caso da atuação do representante legal ou ainda do Comitê de Bioética da instituição, ou na falta desse, da Comissão de Ética Médica do hospital ou Conselho Regional e Federal de Medicina. (CFM, 2013)

Preceitua o artigo 2º da referida Resolução que o médico ao deparar-se com paciente que se encontra incapaz de se comunicar ou de expressar livre e independentemente suas vontades, levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade que versem sobre os cuidados e formas de tratamento com o mesmo. O parágrafo 4º deste mesmo artigo, ainda afirma que, quando a informação das diretivas antecipadas de vontade for declarada pelo próprio paciente ao médico, esse registrará tais informações no prontuário do respectivo paciente. (CFM, 2013)

O artigo 2º, parágrafo 1º da Resolução nº. 1.995/12 traz a possibilidade do representante designado pelo paciente em informar aos profissionais da saúde, sobretudo ao médico, os desejos do paciente. Essas informações serão levadas em consideração pelo médico. (CFM, 2013)

Existe a possibilidade do médico não levar em consideração as diretivas antecipadas do paciente ou as apresentadas por seu representante, se o mesmo analisar que tais diretivas estejam opostas com as normas determinadas pelo Código de Ética Médica. (CFM, 2013) Desta forma, o médico só poderá desconsiderar o que preceitua as diretivas antecipadas de vontade, caso estas estejam em desacordo com o que preceitua o CEM. Esta é a única possibilidade em que as diretivas antecipadas de vontade não serão observadas.

Assim, todos os desejos contrários aos do paciente serão desconsiderados, mesmo que estes desejos sejam de familiares. Nesse sentido, observa-se o que narra

o artigo 2º, § 3º da Resolução em apreço: “as diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares”. (CFM, 2013)

Por fim, a última hipótese apontada pela Resolução nº. 1.995/12 enfatiza os casos dos pacientes que não deram ciência de suas diretivas antecipadas de vontade, não designaram representantes e não possuem familiares disponíveis, ou ainda quando estes não entram em consenso. Nestes casos, existindo o Comitê de Bioética na instituição, este deverá ser acionado pelo médico. Na falta de Comitê de Bioética na instituição, o médico recorrerá à Comissão de Ética Médica do hospital, ou ainda, caso julgue necessário e conveniente, ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre os problemas éticos que permeiam essas situações. (CFM, 2013)

Contudo, em breves linhas, aponta-se que não há necessidade da assinatura do paciente, bastando a simples informação ao médico, o qual deverá informar o posicionamento daquele em seu prontuário médico. Quando as diretivas antecipadas estiverem em desacordo com os preceitos éticos apontados no Código de Ética Médica, o médico poderá desconsiderar a vontade do paciente e de seu representante. Encontrando-se o paciente em estado terminal, incapaz, acometido de doença incurável, e não se encontrando nas duas situações descritas acima, as decisões acerca do paciente serão analisadas pelo Comitê de Bioética da instituição, ou pela Comissão de Ética Médica, ou Conselho Regional de Nacional de Medicina. (CFM, 2013)

Bergamasco (2012), diz que o testamento vital consiste numa decisão facultativa do paciente que pode ser revogada a qualquer tempo, desde que pelo próprio paciente.

Verifica-se com o que foi exposto no decorrer do trabalho que a Resolução nº. 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina, também conhecida por “Testamento Vital” pode permitir uma forma de eutanásia, qual seja: a ortotanásia.

Tal afirmação se justifica, tendo em vista o objetivo e os procedimentos do testamento vital, bem como que a ortotanásia visa suspender os procedimentos/tratamentos aplicados ao paciente terminal que apenas prolongam-lhe a vida, os quais não geram nenhuma evolução, melhora ou cura da patologia.

Ainda, referente à mudança de posicionamento do paciente, deve-se analisar o avanço e inovação dos tratamentos e eficácia dos mesmos que não eram

de conhecimento do paciente no tempo em que este apontou suas diretivas antecipadas de vontade. (MÖLLER, 2007, p. 106)

## CONCLUSÃO

A Resolução nº. 1.995/12, também chamada de Testamento Vital, visa reconhecer o direito do paciente em escolher sobre os rumos de seu tratamento, caso sua doença venha a progredir ao estado terminal.

Para a efetivação do Testamento Vital alguns requisitos devem ser observados, como por exemplo, a capacidade do paciente de entendimento e de se manifestar, a informação da sua real situação que deverá ser dada pelo profissional da saúde, a informação direta do paciente ao médico da escolha tomada, ou ainda da designação de representante pelo próprio paciente, caso venha a se tornar incapaz antes de se manifestar ao médico acerca das suas diretivas de vontade.

Todavia, essa norma não é considerada fonte de lei. É possível que quando a pessoa já tenha se tornado incapaz, sua família discorde das suas diretivas antecipadas e judicialmente, busque alterá-las. Permitir que as decisões sejam tomadas pelos familiares e médicos neste caso, é ferir a autonomia e dignidade do paciente.

Deixar o paciente escolher entre morrer no hospital e morrer em casa no meio dos seus familiares, é permitir e reconhecer a autonomia do paciente e garantir sua dignidade. E para algumas pessoas, faz parte de ter uma vida digna, também ter uma morte digna, seja prolongando e não medindo esforços para continuar “vivendo” artificialmente, seja decidindo morrer em meio ao conforto e afeto que o ambiente familiar proporciona.

E se a eutanásia passiva, ou seja, a ortotanásia visa garantir essa autonomia e dignidade do paciente terminal, nada de desprezível seria aceitá-la e reconhecê-la legalmente, tendo em vista também o atraso legislativo em nosso País.

Vale ressaltar que não se busca uma defesa indiscriminada da eutanásia, tão pouco, afirma-se que a escolha pela suspensão do tratamento médico que mantêm o paciente vivo artificialmente seja a opção correta. Apenas, se defende o direito do próprio paciente acometido de doença incurável e em estado terminal de que seja respeitado o modo como deseja alcançar a morte.

## REFERÊNCIAS

BERGAMASCO, D. **Conselho Federal de Medicina publica resolução autorizando o “testamento vital”**. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 31 ago. 2012.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)> Acessado em: 04 de maio de 2013 A.

BRASIL, **Lei 10.406 de 10 de janeiro de 2002** (Código Civil). Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm)> Acessado em: 04 de maio de 2013 C.

CFM, Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº. 1.995 de 2012**. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/php/pesquisa\\_resolucoes.php#](http://www.portalmédico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php#)> Acessado em: 21/02/2013.

CLOTET, Joaquim; FRANCISCONI, Carlos Fernando; GOLDIM, José Roberto. **Consentimento informado: e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

DODGE, Raquel Elias Ferreira. **Eutanásia – aspectos jurídicos**. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/299/438](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/299/438)> Acessado em: 25/04/2013.

MAIA, Hildo. **Suicídio assistido e a dignidade humana no fim da vida**, 2012. Disponível em: <<http://www.revistafashionnews.com/noticias/detalhe/id/5183>> Acessado em: 25/04/2013.

MARTINS, Marcio Sampaio Mesquita. **Direito à morte digna: eutanásia e morte assistida**, 2008. Disponível em: <[www3.lfg.com.br/artigos/Blog\\_DIREITO\\_A\\_MORTE\\_DIGNA\\_EUTANASIA\\_E\\_MORTE\\_ASSISTIDA.pdf](http://www3.lfg.com.br/artigos/Blog_DIREITO_A_MORTE_DIGNA_EUTANASIA_E_MORTE_ASSISTIDA.pdf)> Acessado em: 28/03/2013.

MARTINS, Flademir Jerônimo Belinati. **Dignidade da pessoa humana: princípio constitucional fundamental**. Curitiba, PR: Juruá, 2003.

MÖLLER, Letícia Ludwig. **Direito a morte com dignidade e autonomia**. Curitiba: Juruá, 2007.

OLIVEIRA, Fátima. **Bioética: uma face da cidadania**. – 2. ed. reform. – São Paulo: Moderna, 2004.

SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). **Dimensões da dignidade: ensaios de filosofia do direito e direito constitucional**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

## **A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA COMO ESTRATÉGIA CENTRAL PARA O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS**

**Sheila Martignago Saleh**

Mestre, UNESC – Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina  
sheilamsaleh@hotmail.com

**Nicole Martignago Saleh**

Acadêmica 7ª. Fase Direito - UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
nicolemsaleh@hotmail.com

### **RESUMO**

O presente artigo científico tem como objetivo geral estudar a internação compulsória, tendo como contraponto o direito à saúde de um lado e, de outro, o direito à autonomia e autodeterminação. Como objetivos específicos da pesquisa tem-se inicialmente um breve esboço do que vem a ser direito fundamental e seu significado; na sequência, apresenta-se o direito à saúde como um direito social e sua previsão constitucional; o terceiro tópico aborda a lei 10.216/01 e suas principais contribuições. Por fim, analisa-se a internação compulsória como tratamento central para dependentes químicos, em especial, dependentes de Crack, sob a ótica do direito à autonomia e autodeterminação. O método de abordagem utilizado é o dedutivo-histórico com pesquisa bibliográfica, lastreada nas referências doutrinárias, artigos eletrônicos e legislações pertinentes. A pesquisa revela que há violação ao direito à autonomia e autodeterminação quando se obriga alguém a tratamento psiquiátrico que não condiz com os modelos recomendados pela Organização Mundial de Saúde. Outrossim, cabe ao Estado promover o tratamento adequado ao dependente químico e não apenas extirpá-lo do convívio social.

**Palavras-chave:** Internação Compulsória; Direito À Saúde; Direito À Autonomia.

### **ABSTRACT**

The present paper aims to study the general compulsory internment, having the right to health as a counterweight on one side and, on the other, the right to autonomy and self-determination. Specific objectives of the research is initially a brief foreshortening of what's fundamental right and its meaning; as a result, the right to health as a social right and its constitutional forecast; the third topic covers the law 10.216/01 and its major contributions. Finally, the compulsory internment as a treatment center for drug addicts in particular, Crack addicts, from the perspective of the right to autonomy and self-determination. The method used is the deductive approach-history with bibliographical research, anchored in the doctrinal references, electronic items and relevant legislation. The survey reveals that there is violation of the right to autonomy and self-determination when it requires someone to psychiatric treatment that does not uphold the models recommended by the World Health Organization. In addition, it is incumbent upon the State to promote the proper treatment to chemical dependent and not just remove it from the social conviviality.

**Keywords:** Compulsory Hospitalization; Right To Health; Right To Autonomy.

## **INTRODUÇÃO**

Alguns Estados Brasileiros, como o de São Paulo e Rio de Janeiro, promoveram, nos últimos dois anos, ações destinadas ao tratamento de dependentes químicos, em geral moradores de rua, com base na lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

O presente artigo científico tem como objetivo geral estudar a internação compulsória, tendo como contraponto o direito à saúde de um lado e, de outro, o direito à autonomia e autodeterminação.

Com o fim de alcançar o objetivo proposto, o desenvolvimento do artigo se divide em quatro tópicos, a saber: inicialmente, far-se-á um breve esboço do que vem a ser direito fundamental e seu significado; na sequência, será explanado o direito à saúde e sua previsão constitucional; o terceiro tópico tratará da lei 10.216/01 e as principais contribuições; e, por fim, o quarto e último tópico, terá o condão de analisar a internação compulsória como tratamento central para dependentes químicos, em especial, dependentes de Crack.

## **METODOLOGIA**

O método de abordagem utilizado para o presente estudo é o dedutivo-histórico e as técnicas de pesquisa utilizadas compreendem a teórica, qualitativa e prescritiva, mediante a pesquisa bibliográfica, lastreada nas referências doutrinárias, artigos eletrônicos e legislações pertinentes.

## **RESULTADOS/DISCUSSÃO**

### **Direitos fundamentais**

A palavra "fundamental" compreende tudo aquilo que serve de fundamento, que é necessário, que é essencial. Todavia este conceito não fica distante do termo na esfera jurídica, pois o direito fundamental é o mínimo necessário para existência da vida humana, destacando que o mínimo essencial está diretamente ligado à



garantia de uma vida existencial digna, sem destoar do princípio da dignidade da pessoa humana (MENDES, 2008, p. 232).

Para a adoção dos direitos fundamentais, a Constituição da República Federativa do Brasil sofreu a influência da Declaração Universal dos Direitos do Homem, assinada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, (em 10 de dezembro de 1948, em Paris, França), a qual, retomando os ideais da Revolução Francesa, porém, sem sua expressão individualista, representou a manifestação universal de reconhecimento dos valores supremos da igualdade, da liberdade e da fraternidade entre os homens, como ficou consignado em seu artigo primeiro. Com isso, nasce a primeira tentativa de estabelecer direitos humanitários universais, sem se ater à raça, credo, língua ou até mesmo ao poder (SILVA, 2008, p. 154).

Desse modo, consideram-se direitos fundamentais os direitos humanos positivados pelas Constituições dos Estados, os quais sofreram e sofrem as consequências das evoluções sociais. Como consequência gradativa, muitos autores mencionam uma divisão em três dimensões dos direitos fundamentais, falando-se, hoje, em uma quarta dimensão.

Os direitos fundamentais considerados de primeira geração, de cunho materialista, são representados pelos direitos civis e políticos. Em primeiro plano, desponta a proteção à vida, à liberdade, à propriedade, em suma, tendem a proteger o indivíduo em face do poder do Estado. Diante disto, os direitos fundamentais de primeira geração, segundo Bonavides:

São os direitos da liberdade, os primeiros a constarem do instrumento normativo constitucional, a saber, os direitos civis e políticos, que em grande parte correspondem, por um prisma histórico, àquela fase inaugural do constitucionalismo do Ocidente. (2006. p. 563).

Esses direitos estiveram, e ainda estão, presentes em todas as Constituições das sociedades civis democráticas até o início do século XX. A partir de então, deu-se surgimento a uma nova categoria de direitos, os direitos fundamentais de segunda geração.

Os direitos fundamentais de segunda geração se relacionam intimamente com os direitos da coletividade, de cunho social cultural e econômico. Engrandecem o direito à saúde, à previdência e à assistência social, sendo mencionados pela CRFB em um capítulo próprio: “dos direitos sociais”. Conforme Bonavides:

Os direitos fundamentais da segunda geração são os direitos sociais, culturais, e econômicos, bem como os direitos coletivos ou de coletividades, introduzidos no constitucionalismo das distintas formas de Estado social. (2006, p. 564).

Na esteira da evolução dimensional, eis que surgem os direitos fundamentais de terceira dimensão, preconizando uma síntese dialética dos valores decantados nas duas primeiras versões, pois nessa dimensão não é valorizado exclusivamente o indivíduo, muito menos são evocadas apenas as conquistas sociais. Essa nova dimensão dos direitos fundamentais passa a enaltecer o conceito humanitário, enfocando a adequação dos valores consagrados pela experiência humana, face uma nova condição social, cultural e econômica.

Emerge um novo escopo jurídico que se funde aos direitos do homem, juntamente com os direitos de liberdade e igualdade. Diante disto, Bonavides descreve:

Dotados de altíssimo teor de humanismo e universalidade, os direitos da terceira geração tendem a cristalizar-se neste fim de século enquanto direitos que não se destinam especificamente à proteção dos interesses de um indivíduo, de um grupo, ou de um determinado Estado. (2006, p. 569).

Já os direitos fundamentais de quarta geração, cujo principal defensor é Bonavides (2006), chegam como consequência da preocupação política neoliberalista quanto aos avanços tecnológicos e o que eles representam ao meio social em que estamos inseridos.

O pensamento de Bonavides acerca dos direitos fundamentais da quarta geração corresponde à verdadeira institucionalização do Estado Social. “São direitos da quarta geração o direito à democracia, o direito à informação, e o direito ao pluralismo.” (2006, p. 571).

Os direitos humanos fundamentais, que fazem parte da nossa Constituição Federal, não exprimem apenas uma formalidade de princípios; pelo contrário, vêm integralmente positivar os direitos que cada cidadão poderá reivindicar junto ao Estado, para que seja tutelada e efetivada a democracia.

### **O direito fundamental à saúde respaldado na CRFB de 1988**

O reconhecimento da saúde como direito fundamental está cristalizado no artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil.

Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 2014).

Na CRFB/88 os direitos sociais estão localizados no Capítulo II, Título II. (BRASIL, 2014) Não obstante existam aqueles que questionam a existência dos direitos sociais e de sua condição como autênticos direitos fundamentais, é inquestionável a sua atuação como tais, sendo necessária uma releitura quanto à fundamentalidade dos direitos e o seu conteúdo.

Para tal, conclui Sarlet:

Em síntese, firma-se aqui posição em torno da tese de que – pelo menos no âmbito do sistema de direito constitucional positivo nacional – todos os direitos, tenham sido eles expressa ou implicitamente positivados, estejam eles sediados no Título II da CF (dos direitos e garantias fundamentais), estejam localizados em outras partes do texto constitucional ou nos tratados internacionais regularmente firmados e incorporados pelo Brasil, são direitos fundamentais. (2001, p. 10)

Assim, não se pode negar que a recepção constitucional destinada aos direitos sociais possui morada no Título II, inserida na lista dos direitos fundamentais, conforme o entendimento de Figueiredo:

Os direitos sociais respondem pelo fornecimento dos recursos fáticos indispensáveis ao efetivo exercício das liberdades e dos demais direitos fundamentais, buscando assegurar a liberdade efetiva pela igualdade material. Os direitos sociais são tão fundamentais quanto os demais “direitos e garantias” reconhecidos constitucionalmente. (2007, p. 64).

Espera-se do Estado ações positivas numa aplicação aos direitos fundamentais, entendidas como prestações de ações públicas que busquem a efetivação desses direitos sociais, em especial a saúde do cidadão.

O modo atual de atuação estatal não está em harmonia com a real necessidade e muito menos com uma minuciosa interpretação da Constituição Federal dentro da doutrina atual, levando em conta a afirmação que o direito à saúde é um direito fundamental constitucional.

A defesa de um Estado Democrático de Direito perpassa pelo respeito ao ordenamento constitucional, no sentido de reconhecer cogência, ou aplicação imediata e com isso plena eficácia aos direitos sociais. Atesta o constitucionalista Bonavides:

A nova Hermenêutica constitucional se desataria de seus vínculos com os fundamentos e princípios do Estado Democrático de Direito se os relegasse ao território das chamadas normas programáticas, recusando-lhes concretude negativa sem a qual, ilusória a dignidade da pessoa humana não passaria também de mera abstração. (BONAVIDES, 2006, p. 472).

Incluso pelo legislador constituinte, estampado em nossa Constituição Federal, está o artigo 196, que trata a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2014).

Na esteira da concretização do direito à saúde e sua efetivação como direito fundamental normatizado, hodiernamente observa-se a cumplicidade faltosa do empenho político para esculpir essa essencial garantia. Não obstante, positivadas estão a competência e responsabilidade de cada ente estatal:

É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, conforme o artigo 23, inciso II, da Constituição Federal de 1988. Ao Poder Público incumbe o fornecimento gratuito (a gratuidade passou a ser preceito Constitucional a partir do Sistema Único de Saúde) àqueles que necessitarem de medicamentos, próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. (FIGUEIREDO, 2007, p. 61).

A inoperância estatal, no que pertine às prestações relativas aos direitos sociais, mais especificamente à saúde, revela uma infração grave do Estado para com os cidadãos ao infringir um preceito Constitucional e, assim, fazer pouco caso da vida de milhões de pessoas.

A Intervenção do Poder Judiciário se faz necessária frente ao embate entre direitos constitucionalmente assegurados (direito à vida e direito à saúde) e as atuais políticas públicas, sopesada a falta de recursos disponíveis pelo Estado.

Os tribunais Pátrios assumem uma pacífica posição de que é dever do Estado o fornecimento de tratamentos, medicamentos e atendimento, para uma efetiva aplicação do direito à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana, constitucionalmente assegurados.

Sólida também é a posição de que são solidários e responsáveis pelo acesso à saúde a União, os Estados e os Municípios:

Não poderá qualquer ente da federação eximir-se da responsabilidade de assegurar às pessoas desprovidas de recursos financeiros o acesso à medicação ou congêneres necessários à cura, controle ou abrandamento de suas enfermidades, sobretudo as mais graves, alegando ser responsabilidade de outro ente federado, ou ainda, de que este atendimento está vinculado a previsão orçamentária, pois o SUS é composto pela União, Estados-membros e Municípios. (MARTINS, 2008, p. 65).

Algumas vezes já se foi cogitada a possibilidade da intervenção judicial violar o princípio da separação dos Poderes, contudo, não possui razão tal afirmação. A Intervenção do Judiciário não intervém na política da Administração Pública; apenas confere ao cidadão um direito que já lhe é concedido pela Constituição, fazendo uso do chamado “sistema de freios e contrapesos”:

A constituição, ao determinar que o Legislativo, o Executivo e o Judiciário são Poderes da República, independentes e harmônicos, adotou a doutrina constitucional norte-americana do *check and balances*, pois ao mesmo tempo em que previu diversas e diferentes funções estatais para cada um dos Poderes, garantindo-lhes prerrogativas para o bom exercício delas, estabeleceu um sistema complexo de freios e contrapesos para harmonizá-los em prol da sociedade. (MORAES, 2003, p. 187).

A hipossuficiência é a maior motivadora das demandas protocoladas junto ao Poder Judiciário. Porém essa não pode ser a condição imprescindível para buscar o acesso à saúde pela via judicial; já que a todo cidadão é assegurado de uma maneira uniforme, igualitária e universal o direito à saúde, dever do Estado sem distinção entre as pessoas.

O princípio da igualdade não determina o mesmo tratamento ou benefício a todos, mas assegura apenas que, no processo de formação da vontade política e não concessão de benefícios ou imposição de sacrifícios por parte do Estado, os indivíduos sejam tratados com igual preocupação e respeito. (FIGUEIREDO, 2007, p. 165).

Insere-se no direito à saúde, o direito à assistência psiquiátrica, e, obviamente, o direito a lutar pela dignidade humana. No ano de 1990, O Brasil comprometeu-se a garantir estes e outros direitos, promovendo a reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira, por meio da Declaração de Caracas, quando participou da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica (HIRDES, 2014).

O Brasil já possuía um Projeto de Lei para regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais desde 1989, a partir da iniciativa do deputado Paulo Delgado. Contudo, apenas em 2001 a Lei 10.216 foi sancionada.

## A lei 10.216/01

A lei 10.216 de 06 de abril de 2001, intitulada Lei da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Contudo, não era esse o objetivo do Projeto de Lei 3.657/89, o qual pretendia a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição e regulamentava sobre a internação psiquiátrica compulsória. Acerca da nova lei federal e as diferenças entre ela e seu projeto de lei, discorre Britto:

A nova lei federal possui dois grandes eixos: a questão da proteção e o redirecionamento do modelo assistencial. Diferentemente do PL, a lei 10.216/01 mantém a estrutura hospitalar. O título da lei apresenta uma mudança inovadora no que se refere à nomenclatura utilizada para definir a pessoa que necessita de cuidados em saúde mental: o termo psicopata da legislação de 1934 é substituído pela expressão portador de transtorno mental, que é adotada atualmente pela psiquiatria (2014, p. 95).

A preocupação com a proteção das pessoas acometidas com transtorno mental já se demonstra no primeiro artigo da referida lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL, 2014)

Assim, essa lei representa um avanço no que diz respeito à reforma psiquiátrica no Brasil, já que o transtorno mental foi reconhecido de forma ampliada e as internações psiquiátricas foram diferenciadas e regulamentadas. Ademais, colocou em ação um dispositivo de segurança e proteção aos direitos do portador de transtorno mental nos casos de internação involuntária.

Em seu artigo sexto a lei esclarece sobre os tipos de internações psiquiátricas disponíveis e reguláveis:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2014).

Segundo o artigo transcrito acima, existem três tipos de internações. No primeiro, que é a voluntária, há o consentimento do paciente quanto à internação. No caso da internação involuntária, a solicitação pode ser feita pela família do paciente ou por uma instituição de saúde, por meio de laudo médico que corrobora a necessidade de internação. No que se refere à internação compulsória, o pedido é avaliado por um juiz e deve ser utilizada como último recurso, nos casos de risco de morte do paciente.

Esses novos serviços oferecidos aos portadores de transtorno mental representam uma nova forma de internação, diferente daquela existente nos manicômios, em que as pessoas eram tratadas como loucas e excluídas da sociedade.

### **A Internação Compulsória como tratamento para dependentes químicos**

Em de janeiro de 2013 uma notícia chamou a atenção dos brasileiros: uma ação fundamentada na Lei 10.216/01 e formalizada por um termo de cooperação técnica assinado pelo Estado de São Paulo, Tribunal de Justiça de SP, representante do Ministério Público e da OAB (Ordem dos Advogados do Brasil), criou uma equipe integrada por médicos, assistentes sociais e juízes no CRATOD (Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outros Drogas), localizado no Parque da Luz, em São Paulo, próximo da região denominada Cracolândia. (BBC BRASIL, 2014)

O objetivo dessa ação era levar os dependentes químicos ao local (CRATOD) para que os mesmos, após avaliação médica, fossem tratados, inclusive com internação compulsória, caso se recusassem ao tratamento. Neste caso, o dependente químico seria levado a uma clínica especializada conveniada com o Estado de São Paulo (BBC BRASIL, 2014)

Ocorre que as opiniões dos especialistas no assunto divergem. Os que defendem a internação compulsória argumentam no sentido de que “um em cada dois dependentes químicos apresenta transtorno mental”. Desse modo, a ação estaria juridicamente justificável na Lei 10.216/01. Todavia, a novidade maior na interpretação/utilização da Lei 10.216/01 é adotá-la como política de saúde pública. (LOCCOMAN, 2014)

Já os que são contra esse procedimento, em princípio, contestam a estatística apresentada, a qual está embasada em estudos americanos do Instituto

Nacional de Saúde Mental, de 2005. Outro argumento seria que a suposta “epidemia do crack” em São Paulo (e até no Brasil) a ensejar uma política pública de saúde nesse sentido é uma “ideia equivocada”, já que apenas 0,05% dos paulistanos são usuários de crack, enquanto que 12% são dependentes de álcool, como esclarece a secretária adjunta Paulina do Carmo Duarte da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), a partir de dados do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). (LOCCOMAN, 2014)

Para o psiquiatra Silveira, o tempo de internação isola o indivíduo da droga, mas não garante a cura. A consequência disso é a recaída ao mundo das drogas um mês após a internação. Segundo o mesmo, o tratamento ambulatorial seria mais eficaz, desde que também acompanhado pelo benefício de uma moradia assistida, e de uma ajuda para conseguir um emprego. (BBC BRASIL, 2014)

O sistema de conselhos de psicologia acredita que a medida fere os direitos humanos e tenta destruir o movimento da reforma psiquiátrica. Defende que não basta reconhecer a insuficiência da rede de saúde na administração das necessidades dos que dependem de drogas, mas estabelecer o compromisso de ampliá-la com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Os especialistas acreditam que a opção pela internação em instituição terapêutica deve ser considerada e respeitada, mas desde que seja avaliada caso a caso – e jamais adotada como uma política pública. (LOCCOMAN, 2014)

E o cerne da questão está no fato de que o tratamento de um dependente químico não se resolve apenas com uma internação. Pode ser apenas o começo. É preciso muito mais tempo de consultas regulares a clínicas especializadas (contexto ambulatorial), além de apoio familiar e social.

Uma contrapartida à internação compulsória é o reforço de políticas públicas de tratamento em rede substitutiva, em convivência familiar e comunitária aos usuários de entorpecentes. “A dependência química é um fenômeno que deve ser discutido da perspectiva biopsicossocial; o tráfico, o desemprego e a violência pedem intervenções mais amplas e recursos de outras áreas como educação, habitação, trabalho, lazer e justiça”, ressalta Marília. (LOCCOMAN, 2014)

Os defensores da aplicação da internação compulsória para os dependentes químicos, prioritariamente aos dependentes de *crack*, também compreendem a necessidade de se estabelecer serviços ambulatoriais e apoio psicológico capaz de incluir esta pessoa novamente na sociedade. É este o entendimento do médico Dr. Dráuzio Varella, sagaz defensor da aplicabilidade da internação compulsória, ao comentar sua experiência com as mulheres da Penitenciária Feminina que atende:



Na Penitenciária Feminina, atendo meninas presas na crackolândia. Por interferência da facção que impõe suas leis na maior parte das cadeias paulistas, é proibido fumar crack. Emagrecidas e exaustas, ao chegar, elas passam dois ou três dias dormindo, as companheiras precisam acordá-las para as refeições. Depois desse período, ficam agitadas por alguns dias, e voltam à normalidade. Desde que o usuário não entre em contato com a droga, com alguém sob o efeito dela ou com os ambientes em que a consumia, é muito mais fácil ficar livre do crack do que do cigarro. A crise de abstinência insuportável que a cocaína provocaria é um mito. Perdi a conta de quantas vezes as vi dar graças a Deus por ter vindo para a cadeia, porque se continuassem na vida que levavam estariam mortas. Jamais ouvi delas os argumentos usados pelos defensores do direito de fumar pedra até morrer, em nome do livre arbítrio. Todas as experiências mundiais com a liberação de espaços públicos para o uso de drogas foram abandonadas, porque houve aumento da mortalidade. A verdade é que ninguém conhece o melhor método para tratar a dependência de crack. Muito menos eu, apesar da convivência com dependentes dessa praga há mais de 20 anos. A internação compulsória acabará com o problema? É evidente que não. Especialmente, se vier sem a **criação de serviços ambulatoriais que ofereçam suporte psicológico e social para reintegrar o ex-usuário** (2014) (grifo nosso).

Contudo, em maio do ano passado o Brasil foi criticado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) por ter priorizado a internação compulsória no tratamento de usuários de drogas. Ocorre que, a OPAS, representação regional da Organização Mundial de Saúde (OMS), emitiu uma nota técnica considerando inadequada e ineficaz a adoção da internação compulsória como estratégia central para o tratamento aos dependentes químicos (ONUBR, 2014).

Nessa nota técnica, a OPAS ainda relembra um documento elaborado pela OMS em 2008, em conjunto com o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC), no qual elencam dez princípios gerais indicativos para o tratamento de dependência de drogas (ONUBR, 2014.).

No referido documento, o quarto princípio intitulado “Tratamento da dependência de drogas, direitos humanos e dignidade do paciente”, explicita que:

[...] o direito à autonomia e autodeterminação, o combate ao estigma, ao preconceito e à discriminação e o respeito aos direitos humanos devem ser observados em qualquer estratégia de tratamento para a dependência de drogas. O documento também recomenda que o tratamento não deve ser forçado aos pacientes. A internação compulsória é considerada uma medida extrema, a ser aplicada apenas a situações excepcionais de crise com alto risco para o paciente ou terceiros, e deve ser realizada em condições e com duração especificadas em Lei. Ela deve ter justificativa clara e emergencial, além de ter caráter pontual e de curta duração (ONUBR, 2014).

Dessa forma, a crítica se dá na medida em que ao internar compulsoriamente um dependente químico, e assim, contra a sua vontade, os benefícios não seriam suficientes para compensar os malefícios inerentes a essa prática. Isso somente se justificaria, para a defesa da vida, em casos extremos. Para Perlingieri:

A integridade psíquica é um aspecto do mais amplo valor que é a pessoa; como autônomo “bem”, analogamente à integridade física, não é suscetível de válida disposição se não for em razão de sérios e ponderados motivos de saúde. Do

mesmo modo que a intervenção no corpo do sujeito, aquela destinada a modificar em modo considerável e permanente a psique se justifica, como ato em si, exclusivamente com base numa avaliação global do estado de saúde feita por pessoa legitimada. Focam fora dessa perspectiva todas aquelas atividades que, voltadas a incidir sobre a formação sócio-cultural, não tenham uma finalidade terapêutica e que não assumam objetivamente o valor de tratamento médico. Estes atos e intervenções, ainda que estejam na livre disponibilidade de quem os realiza e de quem é destinado a recebê-los, para serem juridicamente merecedores de tutela, devem respeitar a pessoa. (2002, p.160)

Assim, há que se contrabalançar qual seria a prioridade aqui, o direito à saúde dos dependentes químicos ou o seu direito à autonomia e autodeterminação, já que se tratam de direitos de mesma hierarquia constitucional<sup>1</sup>.

Entende-se possuir autonomia o “serhumano com agente moral, dotado de razão, capaz de decidir o que é bom e o que é ruim para si, e que deveter liberdade para guiar-se de acordo com suas escolhas, desde que elas não perturbem os direitos deterceiros.” (SARMENTO, 2006, p.154)

Nesse sentido, não cabe ao Estado, à coletividade ou a qualquer outra entidade estabelecer os fins que cada indivíduo deve trilhar, os valores que deve crer, as atitudes que deve tomar. Cabe a cada ser humano definir os rumos de sua vida, em conformidade com suas opções subjetivas. Esta é a ideia da autonomia privada, constituindo-se, assim, como um dos elementos fundamentais do direito mais amplo de liberdade do indivíduo. (PIRES e DOS REIS, 2014)

Corroborando o até aqui exposto, Clotet, observa que devemos aceitar que as pessoas

(...) se autogovernem, sejam autônomas, quer na sua escolha, quer nos seus atos. (...) requer que o médico respeite a vontade do paciente ou de seus representante, assim como seus valores morais e de crença. Reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida e o respeito à sua intimidade. (PIRES e DOS REIS, 2014)

Todavia, para Dall’agnol (2004, p. 32), “a autonomia não é sinônimo de liberdade irrestrita, mas de autodeterminação”, no sentido de que a concepção popular de que cada um sabe o que é melhor para si, pode ser um grande equívoco. Assim, não pode ser absoluta.

Portanto, devem ser considerados os argumentos de que a internação compulsória não seria suficiente para extinguir a dependência química e, *in casu*, alcançar uma cura para a dependência, pior, de que o Estado, tendo como pretexto

---

<sup>1</sup>“Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei.”(Art. 5º. II, da CRFB. BRASIL, 2014)

zelar pela saúde, executa uma **política pública de higienização e exclusão social**, daqueles que “suja” o cenário social.

Destarte, compreende-se que o direito à autonomia e autodeterminação dos indivíduos deve prevalecer quando o tratamento escolhido não visa à saúde. A política pública a ser adotada pelo Estado deve ser a de criação de serviços ambulatoriais e psicológicos, capazes de proporcionar aos dependentes químicos um acompanhamento e uma inclusão na sociedade, a fim de que eles possam encontrar novas possibilidades de viver com saúde.

## CONCLUSÃO

O direito à saúde é um direito fundamental, dentre os direitos sociais previstos na CRFB de 1988.

Cabe ao Estado a promoção de ações públicas que busquem a efetivação desse direito.

A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/01) representa um avanço no Brasil, a partir da criação de novos serviços, diferentes dos antigos manicômios, única forma, até então de tratamento dos pacientes com transtornos mentais.

Opiniões de especialistas divergem quanto ao uso da internação compulsória para o tratamento dos dependentes químicos, inclusive a OPAS.

A internação compulsória viola o direito à autonomia e autodeterminação do paciente quando não há risco de morte iminente, principalmente quando não está comprovado que essa forma de atuação leva à cura. Estar-se-ia permitindo apenas a “limpeza das ruas”, quando o dever do Estado é priorizar a saúde como bem-estar físico e psíquico.

## REFERÊNCIAS

BBC BRASIL Notícias. Disponível em [http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/01/130119\\_crack\\_internacao\\_1k.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/01/130119_crack_internacao_1k.shtml). Acesso em 01/05/2014.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 19. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 15/04/2014.

\_\_\_\_\_. Lei n.10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em 15/04/2014.

BRITTO, Renata Corrêa. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental**. <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/tese%20interna%C3%A7%C3%B5es%20involunt%C3%A1ria%20e%20a%20Lei%2010216.pdf>. Acesso em 01/05/2014.

CLOTET, Joaquim. **Bioética como ética aplicada e genética**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

DALL'AGNOL, Darlei. **Bioética: princípios morais e aplicações**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental a saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Ed. Livraria do Advogado, 2007.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão**. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232009000100036&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232009000100036&script=sci_arttext&tlng=en). Acesso em 01/05/2014.

LOCCOMAN, Luiz. A polêmica da Internação Compulsória. *In* MENTE CÉREBRO. Disponível em: [http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a\\_polemica\\_da\\_internacao\\_compulsoria.html](http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a_polemica_da_internacao_compulsoria.html) . Acesso em 29/04/2014.

MARTINS, Wal. **Direito à saúde: compêndio**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.

MENDES, Gilmar Ferreira. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Ed. Saraiva, 2008.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

ONUBR- NAÇÕES UNIDAS. **Priorizar internação compulsória para tratamento de drogas é “inadequado” e “ineficaz”, diz OMS**. Disponível em <http://www.onu.org.br/priorizar-internacao-compulsoria-para-tratamento-de-drogas-e-inadequado-e-ineficaz-diz-oms/>. Acesso em 30/04/2014.

PERLINGIERI, Pietro. **Perfis do direito civil constitucional**. 2.ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

PIRES, Eduardo; DOS REIS, Jorge Renato. **Autonomia da vontade: um princípio fundamental do direito privado com base na instauração e funcionamento da**

**arbitragem.** Disponível em: 150.162.138.7/documents/download/39;jsessionid.... Acesso em 06/05/2014.

PSICOLOGIA, Conselho Federal (org.). **Loucura, Ética e política: escritos militantes.** São Paulo:Casa do Psicólogo, 2003.

SARMENTO, Daniel. **Direitos fundamentais e relações privadas.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris,2006.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais.** Porto Alegre: Liv. do Advogado, 2001.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo.** São Paulo: Ed. Malheiros, 2008.

VARELLA, Dráuzio. **Interação Compulsória.** Disponível em <http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/internacao-compulsoria-2/>. Acesso em 30/04/2014.

## **A GARANTIA DE PROTEÇÃO INTEGRAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES DEPENDENTES QUÍMICOS: UMA ANÁLISE DA (AUSÊNCIA DE) POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E O PROCESSO DE CRIMINALIZAÇÃO A PARTIR DA LEI Nº 11.343/2006**

**Fernanda da Silva Lima**

Orientadora. Doutoranda em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina (PPGD/UFSC). Professora Centro Universitário Barriga Verde (UNIBAVE/SC) *campus* Cocal do Sul e Orleans e na Escola Superior de Criciúma (ESUCRI). E-mail: felima.sc@gmail.com.

**Amanda Santa Helena Pereira**

Graduanda em Direito da 1ª fase do Curso de Graduação em Direito do Centro Universitário Barriga Verde (Unibave). Endereço eletrônico: amandasantahelena2@gmail.com.

### **RESUMO**

Este artigo tem como problemática analisar, no plano teórico e normativo, que a política proibicionista e de guerra às drogas que é exercida no Brasil impede a viabilização do tratamento de saúde às pessoas dependentes químicas, principalmente atrelados ao vazio semântico ou as lacunas que a atual Lei de drogas - Lei nº 11.343/2006 - possui. Fica difícil pela legislação analisar quem é usuário e quem é traficante, sendo ambas as condutas criminalizadas. O objetivo desta pesquisa é demonstrar que a política de guerra às drogas tem marginalizado a população adulta, aumentando os índices de encarceramento e na população de adolescentes tem sido responsável pela ausência de políticas públicas em saúde. Importante para isso é estudar o Direito da Criança e do Adolescente no que se refere a imputação do ato infracional pela transgressão da Lei nº 11.343/2006 em detrimento de políticas adequadas em saúde. Tanto a Constituição Federal de 1988 como o Estatuto da Criança e do Adolescente conferem a crianças e adolescentes prioridade absoluta na concretização dos seus direitos fundamentais. Procurar-se-á demonstrar a partir de dados oficiais que vem aumentando o consumo de drogas e consequentemente a criminalização de adultos e adolescentes, sendo imprescindível fazer-se uma análise atenta do fenômeno também pela lente da Criminologia Crítica. A pesquisa, embora em fase inicial, demonstra uma fragilidade nas políticas de saúde porque ainda há forte estigmatização dos usuários de drogas como criminosos. A metodologia utilizada foi à pesquisa bibliográfica e documental com uma análise crítica e reflexiva.

**Palavras-chave:** Adolescência; Criança; Criminalização; Drogas; Políticas de Saúde.

### **ABSTRACT**

This article is to analyze problems , theoretical and normative level , the prohibitionist policy and the drug war that is exerted in Brazil prevents the viability of health care to chemically dependent persons , mainly linked to the semantic void or gaps that the current drug law - Law 11.343/2006 - has . It is difficult to analyze the legislation who is a user and dealer who is being criminalized both pipes . The objective of this research is to demonstrate that the policy of the drug war has marginalized the adult population , increasing rates of incarceration and adolescent population has been

responsible for the lack of public health policies . Important to this study is the Right of the Child and Adolescent regarding the allocation of offense by transgressing the Law 11.343/2006 detriment of appropriate health policies. Both the Federal Constitution of 1988 and the Statute of the Child and Adolescent children and adolescents confer priority in achieving their fundamental rights . Care must be demonstrated from official data that has been increasing drug use and consequently the criminalization of adults and adolescents and is essential to make a careful analysis of the phenomenon also through the lens of Critical Criminology . The survey , although in the initial phase demonstrates a weakness in health policy because there is still strong stigmatization of drug users as criminals . The methodology used was the literature and documents with a critical analysis and reflective .

**Keywords:** Adolescence; Child; Criminalization; Drugs; Health Policy.

## INTRODUÇÃO

O Direito da Criança e do Adolescente situa-se no cenário jurídico brasileiro como um ramo autônomo dotado de regras e princípios próprios. A doutrina da proteção integral foi adotada pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, elevando crianças e adolescentes a categoria de sujeitos de direitos e o reconhecimento de que estão em fase peculiar de desenvolvimento.

Em razão disso tanto a Constituição Federal de 1988 como o Estatuto da Criança e do Adolescente conferem a estes sujeitos prioridade absoluta na concretização dos seus direitos fundamentais, entre os quais, destaca-se o direito à saúde.

Este artigo tem como problemática analisar, no plano teórico e normativo, que a política proibicionista e de guerra às drogas que é exercida no Brasil impede a viabilização do tratamento de saúde às pessoas dependentes químicas, principalmente atrelados ao vazio semântico ou as lacunas (para usar a expressão da teoria do Direito) que a Lei atual de drogas (Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006) possui e impede que objetivamente seja possível constatar quem é usuário de drogas e quem é traficante, ambas condutas são criminalizadas pela Lei, sendo o tráfico de drogas ainda, equipado a crime hediondo (Lei nº 8.072/1990).

Esta dificuldade já demonstrada por Carvalho (2013) é responsável pelo aprisionamento massivo da população jovem e vulnerável e neste universo estão presentes crianças e adolescentes, que ainda estando na condição de usuárias podem receber medidas de proteção no caso se crianças, o que é viável, mas em se tratando de adolescentes a consequência poderá ser a de receber uma medida

socioeducativa pela prática de ato infracional, que poderá variar desde uma simples advertência reduzida a termo ou até mesmo a uma medida de internação por até 3 anos.

O que se procurará demonstrar é que a política de guerra às drogas tem marginalizado a população adulta, aumentando os índices de encarceramento e na população de adolescentes tem sido responsável pela ausência de políticas públicas em saúde<sup>1</sup>, sendo os adolescentes também capturados pela rede de controle repressivo estatal que os impõe ao cumprimento de medidas socioeducativas.<sup>2</sup>

Talvez seja necessário pensar numa possível descriminalização do usuário que não necessita de prisão e sim de um tratamento gratuito e eficaz. Também a busca por medidas preventivas e tratamentos que respeitem os direitos humanos e proporcionem a reinserção do usuário de drogas no convívio social.

É imprescindível discutir a real situação das políticas antidrogas, que geralmente, tendem a piorar a situação do indivíduo, mostrando que o uso de violência nos usuários não somente fere os direitos humanos como também é ilógico. Importante pensar em medidas que propiciem o tratamento e uma política de drogas humanitária, baseada em respeito mútuo. Será que é conferida proteção integral a crianças e adolescentes dependentes químicos ou será que o processo de criminalização viabilizado pela atual Lei nº 11.343/2006 impede o efetivo tratamento de saúde, porque ainda buscamos a punição e estamos em guerra às drogas?

## DESENVOLVIMENTO

### **Crianças e adolescente dependentes químicos: criminalizar ou promover políticas em saúde?**

O Direito da Criança e do Adolescente é um ramo jurídico autônomo do Direito que consolidou-se no Brasil após a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que foi responsável por atender as exigências internacionais de proteção aos direitos aos menores de 18 anos.

---

<sup>1</sup> Na capital catarinense não existe nenhuma residência terapêutica capaz de tratar crianças e adolescentes dependentes químicos, cujos tratamentos ambulatoriais já não se mostram satisfatórios.

<sup>2</sup> Para compreender ato infracional e medidas socioeducativas ler: (LIMA; VERONESE, 2012) (MÉNDEZ, 2002) (ROSA, 2008), (ROSA, 2005), (ROSA; LOPES, 2011), (SANTOS, 2002)



A doutrina da proteção integral está consagrada nos dispositivos 226, 227 e 228 da Carta Constitucional de 1988. Quase dois anos mais tarde foi aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, responsável por regulamentar os direitos inerentes a criança e adolescente e pela revogação da legislação menorista e da doutrina da situação irregular, presente no antigo Código de Menores de 1979. (VERONESE, 1999)

Crianças e os adolescentes passam a ser reconhecidos como sujeitos de direitos, gozam de absoluta prioridade no atendimento e efetivação dos seus direitos fundamentais, em razão do seu estado peculiar de desenvolvimento. Informa ainda que a responsabilidade pela efetivação dos direitos inerentes a infância passou a ser compartilhada entre a família, o Estado e a sociedade, conforme disposto no artigo 227 da Constituição Federal.

O Estatuto da Criança e do Adolescente é responsável por organizar e informar quais são os direitos fundamentais de quais as crianças e os adolescentes são titulares, e ainda, de estruturar um sistema de garantia de direitos e um sistema de justiça que atuem na garantia e promoção desses direitos. (LIMA; VERONESE, 2012)

Um dos temas mais complexos da área da infância e adolescência é o ato infracional e a forma de responsabilização pela via das medidas protetivas (art. 101 do ECA) e socioeducativas (art. 112 do ECA). E isso porque os menores de 18 anos são inimputáveis no Brasil (art. 228 da Constituição Federal) e estão sujeitos as medidas de responsabilização impostas pela legislação especial, neste caso, o Estatuto da Criança e do Adolescente.

É importante a definição de alguns conceitos operacionais em matéria de Direito Infracional. Primeiramente é possível conceituar ato infracional como toda conduta praticada por criança ou adolescente definida como crime ou contravenção pelo Código Penal Brasileiro (art. 103 do ECA). Para a configuração do ato infracional é necessário a presença de indícios suficientes da autoria e materialidade do fato. Os procedimentos atinentes a sua apuração devem ser instrumentalizados à luz dos princípios constitucionais da **legalidade, da ampla defesa e do contraditório**.

Sendo o uso e o tráfico de drogas no Brasil, condutas criminalizadas pela Lei de Drogas (Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006), são tais condutas passíveis de punição, com penas que variam de prestação de serviços à comunidade à pena de prisão de 5 a 10 anos. Para os imputáveis, crianças e adolescentes que praticarem

tais condutas serão responsabilizadas de forma diferenciada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

As crianças poderão sofrer as medidas específicas de proteção previstas no artigo 101 e dentre uma delas está “inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos (inciso VI)” e os adolescentes poderão receber, além de medidas de proteção, também as medidas socioeducativas previstas no artigo 112, quais sejam: a) advertência; b) obrigação de reparar o dano; c) prestação de serviços à comunidade; d) liberdade assistida; e) semiliberdade; e f) internação.

Muitas crianças e adolescentes fazem parte não somente do comércio de drogas como usuários, grande parte delas são “empregados” no mundo do tráfico. Ao modo que a criança vai perdendo as noções e vínculos familiares, ela torna-se ainda mais vulnerável ao mundo do tráfico e acabam tornando-se ou usuárias ou mão-de-obra. Segundo Silva e Urani (2002):

Principalmente as crianças que têm parentesco ou proximidade com pessoas que trabalham no tráfico apresentam grande chance de ingressar nessa atividade também. Isso acontece porque elas fazem parte de uma rede social que proporciona o contato com pessoas ligadas ao crime. E só 10% dos meninos e meninas que hoje estão “empregados” no tráfico tiveram a presença dos pais em casa. A maioria teve somente o pai ou a mãe.

De acordo com os autores, 35,5% dos delitos que envolvem crianças e adolescentes são de narcóticos. “Existe um grande número de adolescentes entre 15 e 17 anos de idade envolvido em atividades criminosas, e um aumento progressivo na quantidade de crianças entre 13 e 17 anos de idade envolvidas em esquemas de narcotráfico” (SILVA; URANI, 2002, p. 44).

Rosa (2005, p. 209) afirma que:

O engajamento social do adolescente como sujeito depende, primeiro, do reconhecimento de sua autonomia. E isto, somente ocorre se há o estabelecimento de um diálogo no qual o adolescente possa esclarecer suas motivações, suas angústias com suas situações – familiares, sociais, sexuais, etc. – interditando-se os excessos de gozo de forma a não aniquilar o sujeito que está se constituindo. (ROSA, 2005, p. 209)

Nesse contexto emerge a nova concepção trazida pelo Estatuto, que parte da ideia fundamental de que à criança e ao adolescente é conferida a prioridade constitucional, a qual enseja numa série de respostas a serem tomadas de forma

conjunta pela família, pela sociedade e pelo Estado, o que não implica unicamente no atendimento preferencial nos casos limites e emergenciais, vai muito além disso: que esse universo de pessoa humana adquira, efetivamente, o *status* da prioridade nas políticas públicas. Sobre este tema muitas considerações poderiam ser feitas, principalmente no que se refere ao adolescente em conflito com a lei.

Por isso a defesa de que a política de guerra às drogas, como se estudará a seguir, se mostra cruel, pois muitas crianças e adolescentes precisam de políticas públicas em saúde e não de punição ou responsabilização pela via de medidas socioeducativas.

### **Drogas... criminalização... seletividade...: a Criminologia Crítica explica!**

No Brasil o uso e o comércio, bem como outras condutas análogas, são passíveis de responsabilização e criminalização pela atual Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006).

As drogas ilícitas são um dos comércios mais rentáveis do mundo. Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas realizado pela UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime) entidade relacionada com a Organização das Nações Unidas, em 2005 existia mais de 340 milhões de usuários em todo o planeta, movimentando um mercado de 1,5 trilhões de dólares. (UNODC, 2005)

No Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad) produzido pela Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) em 2012 havia mais de 1,5 milhões de brasileiros consumindo maconha todos os dias, entre eles 62% experimentaram a droga a primeira vez antes dos 18 anos. Neste mesmo estudo foi constatado que para cada adulto usuário havia 1,4 adolescentes. Também foi exibido que mais de 600.000 jovens já haviam utilizado, pelo menos, uma vez a maconha durante a vida.<sup>1</sup>

A enorme adesão de usuários mostra um momento de epidemia. Para exemplificação de tal, é possível observar o relatório da UNODC entre 2005 a 2011 onde aponta que o consumo de cocaína, apenas em no Brasil aumentou de 0,7% a 1,75% na faixa entre 12 a 65 anos. Essa comprovação é quatro vezes maior que a média mundial.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Informações disponíveis em: <<http://inpad.org.br/lenad/>>. Acesso em: 29 abril. 2014

<sup>2</sup> Relatório de referência ao uso de drogas no Brasil. Dado disponível em:

Outro evento é a sua ilegalidade e a visão de imoralidade persistente sobre as drogas e seus usuários. Esse olhar, primitivo, encarcera mais de 42% dos usuários. A proporção disforme dos presos por tráfico de drogas em relação a outros delitos é considerável, colocando a conduta de tráfico de drogas como uma das mais penalizadas no Brasil. Este fato é exemplificado no sumário executivo publicado pelo Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo:

Em 2006, o sistema penitenciário brasileiro contava com 47.472 pessoas presas por tráfico no país. Já em 2010, registrou-se 106.491 presos pelo mesmo motivo, número 124% maior. Em São Paulo, o cenário observado não é muito diferente. Em 2006, havia 17.668 presos por tráfico de drogas, enquanto, em 2010, este número saltou para 42.849, valor 142% superior a 2006. Em geral, a população carcerária no Brasil tem crescido em um ritmo vertiginoso nos últimos anos e o tráfico está relacionado a este fenômeno. Atualmente o Brasil apresenta a 4ª maior população carcerária do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos, Rússia e China, segundo dados da International Bar Association (2010). (JESUS, *et. al.*, 2011)

O motivo desta situação seria uma “dobra” e um vazio na legalidade, como no texto de Carvalho (2013) é exposto:

A dobra de legalidade estaria associada a um excesso normativo: a previsão (ou proliferação) de condutas idênticas nos dois tipos penais que estruturam e edificam a política criminal de drogas – proibição das condutas facilitadoras do consumo (art. 28, caput, da Lei 11.343/06) e incriminação do comércio (art. 33, caput, da Lei 11.343/06).

Observa-se então o art. 28, caput, da Lei 11.343/06:

Art. 28. Quem **adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo**, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

Embora o art. 28 não preveja uma pena de prisão para posse de droga para consumo próprio, isso não significa que o fato não seja considerado um ilícito penal. De acordo com (Gomes 2006):

**Descriminalizar** significa retirar de algumas condutas o caráter de criminosas. O fato descrito na lei penal deixa de ser crime. Há três espécies de descriminalização: (a) a que retira o caráter criminoso do fato, mas não o retira do âmbito do Direito penal (essa é a descriminalização puramente

formal); (b) a que elimina o caráter criminoso no fato e o proscreve do Direito penal, transferindo-o para outros ramos do Direito (essa é a descriminalização penal, que transforma um crime em infração administrativa, v.g.) e (c) a que afasta o caráter criminoso do fato e lhe legaliza totalmente (nisso consiste a chamada descriminalização substancial ou total).

Tem-se agora o art. 33, caput, da Lei 11.343/06:

Art. 33. Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, **adquirir**, vender, expor à venda, **oferecer**, ter em depósito, transportar, **trazer consigo, guardar**, prescrever, ministrar, **entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente**, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar: Pena - reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa.

Há, assim, cinco condutas com o mesmo objetivo, mas com punições diferentes. A visão torna-se mais problemática quando se pensa uma pessoa flagrada dando um cigarro de maconha para outra, podendo ter uma conclusão de ser um traficante ou apenas dois companheiros fumando juntos. No entanto, essa análise parte de agente para agente, procede depois de juiz para juiz e assim perpetua. Fato exemplificado no art. 28, § 2º da Lei de Drogas:

Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

Outro fato, no mínimo, demasiado e fortemente de característica repressivo-punitivo é a atribuição do *quantum de* pena imposta ao traficante de drogas (art. 33 da Lei de Drogas), conforme demonstra Carvalho (2013)

[...] note-se, p. ex., que a pena prevista para o tráfico varia entre 5 e 15 anos de reclusão enquanto a pena cominada ao estupro é modulada entre 6 e 10 anos de reclusão (art. 213, caput, do Código Penal) e a do homicídio simples entre 6 e 20 anos de reclusão (art. 121, caput, do Código Penal) –, mas, sobretudo, pela sua equiparação constitucional aos crimes hediondos.

Quando se tem uma reflexão sobre a equiparação do tráfico de drogas com crimes hediondos e recorda-se a legislação fraca e vazia que rege a política de drogas no Brasil, onde um usuário pode ser preso como traficante e vice-versa, vê-se que há uma homologação de uma injustiça.

Assim é necessário acorçoar-se nos estudos da Criminologia Crítica e de todo o seu arcabouço teórico e construção histórica que permite compreender os sistemas penais e infracionais, cuja função e finalidade são invertidas.

Ao observar empiricamente, os presídios, as cadeias públicas, as penitenciárias e os estabelecimentos de internação para adolescentes no país é possível constatar que o sistema é caótico. E no Brasil, como já demonstrado, parte dos encarcerados estão lá em razão de problemas com a Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006)

De acordo com Andrade (2003, p. 55) “[...] a) o Direito Penal não defende todos e somente os bens essenciais nos quais todos os cidadãos estão igualmente interessados e quando castiga as ofensas aos bens essenciais, o faz com intensidade desigual e de modo parcial (‘fragmentário’); [...]” Constata-se que a seletividade do sistema penal e do sistema infracional obedecem a duas variáveis estruturais, a primeira é a incapacidade estrutural que o sistema de controle (jurídico e policial) tem de operacionalizar todos os comandos da lei penal e infracional; a segunda refere-se a seletividade realizada através do *status* social do sujeito, o que possibilita, nesse círculo vicioso, que condutas igualitárias tenham respostas diferenciadas, conforme o indivíduo que a pratica (ANDRADE, 2003, p. 51).

Portanto, essa dobra de linguagem e esta incerteza e subjetividade proposta pela Lei de Drogas é responsável, em muitos casos, por gerar ainda mais injustiça, pois permite ao intérprete “escolher” quem deve ser punido como “usuário” e quem deve ser punido como “traficante”. E neste sentido atrai-se para o Direito Infracional a lógica do sistema penal, pois ambos reproduzem este mesmo mecanismo de seleção desigual de pessoas a partir do “filtro”, no qual apenas algumas condutas e algumas pessoas é que serão filtradas e receberão o rótulo da criminalidade<sup>1</sup>, e consequentemente o rótulo de delinquente, infrator, perigoso.

Andrade (2003, p. 54) afirma que “a clientela do sistema penal é constituída de pobres (minorias criminais) não porque tenha uma maior tendência a delinquir mas precisamente porque tem maiores chances de serem criminalizados e etiquetados como delinquentes.” E desta forma, o Direito Infracional imita o Direito Penal na sua forma incapaz, conforme o modelo que se apresenta, de sugerir propostas ou

---

<sup>1</sup> “O *labelling approach* é designado na literatura, alternativa e sinonimicamente, por enfoque (perspectiva ou teoria) do interacionismo simbólico, etiquetamento, rotulação ou ainda por paradigma da ‘reação social’ (*social reaction approach*), do ‘controle’ ou da ‘definição’.” E por isso pode-se dizer que: “A criminalidade se revela, principalmente, como um *status* atribuído a determinados indivíduos mediante um duplo processo: a “definição” legal de crime, que atribui à conduta o caráter criminal, e a “seleção” que etiqueta e estigmatiza um autor como criminoso entre todos aqueles que praticam tais condutas. Consequentemente, não é possível estudar criminalidade independentemente desse processo.” (ANDRADE, 2003, p. 39 e 41)

alternativas sérias ao enfrentamento da criminalidade no país. O debate é complexo, coisas que o estudo reduzido a partir da dogmática penal, processual penal e do Direito Infracional, por si só, são incapazes de resolver ou apontar soluções sérias.

Assim, fica evidente que da mesma forma que a Lei de Drogas é responsável pelo processo de criminalização dos adultos, faz o mesmo com a população de adolescentes no Brasil.

**As políticas públicas em saúde: seriam mais eficientes se o uso de drogas fosse descriminalizado? O debate é urgente.**

A dependência química pelo uso de drogas é um problema que pode ser considerado complexo e multidimensional, e envolve obrigatoriamente nesta discussão diversos atores/ agentes públicos e privados, seja na prevenção e/ou tratamento do dependente químico. O problema da drogadição e da dependência química é cotidianamente divulgado na sociedade e os relatórios apontam relevante crescimento de usuários de drogas lícitas e ilícitas no país nos últimos anos.<sup>1</sup>

A preocupação sobre o uso de drogas e dependência química ganhou atenção especial do governo brasileiro a partir do ano de 1998, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, quando foi criada a Secretaria Nacional sobre Drogas—SENAD, através da Medida Provisória nº 1.669/1998, e que mais tarde foi remodelada no governo Lula. Os impasses na política sobre drogas no Brasil sempre estiveram imbricadas na luta entre as lógicas de segurança e saúde pública. (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008, p. 267)

A SENAD tem como principal objetivo estruturar uma política de drogas no qual o usuário é visto como um dependente. O primeiro passo seria descriminalizar o usuário. O usuário de droga não é um problema a ser enfrentado pela questão criminal, mas sim com investimentos adequados em saúde pública. Um exemplo que pode ser dado é que quando uma alcoólatra está em um bar bebendo, ele não vai preso por estar bebendo ou quando um fumante compra uma carteira de cigarro ele também não vai preso por estar fumando cigarro.

---

<sup>1</sup> Ver relatórios disponíveis no site do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>.

Ambas as situações são dois dependentes de drogas, mas estas são lícitas. Os dependentes de drogas ilícitas deveriam ter o mesmo tratamento e mesmo olhar humanitário já que também são dependentes e também precisam de tratamento.

O fato de o usuário ser descriminalizado impõe outras formas de intervenção do Estado igualmente importantes. É aí que entra o SENAD. Sua política de prevenção, tratamento e redução de danos aplica um artifício onde o usuário não é um criminoso e sim um dependente e como todo dependente ele também precisa de tratamento.

Um dos caminhos em que o SENAD usa para prevenção são os cursos de prevenção ao uso de drogas que é destinado tanto a educadores quanto aos conselheiros e líderes de comunidade. A execução da política de prevenção estende a responsabilidade até os Conselhos Estaduais e Municipais sobre drogas.

O tratamento dos usuários ocorre através das instituições cadastradas no SENAD que atendem usuários de drogas. A necessidade de um cadastro é proveniente do encarecimento de mapear essas instituições, capacitá-las e promover uma viabilização de tratamento. No entanto segundo o site do Obid (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas), as instituições cadastradas são mínimas no Estado de Santa Catarina, sendo que não há nenhuma residência terapêutica ou um hospital geral registrado em Florianópolis.<sup>1</sup>

O sistema de redução de danos causou muitas controvérsias quando foi lançado, já que surgiu a ideia de que era um “incentivo” ao uso de drogas. No entanto o objetivo do sistema de redução de danos é tentar diminuir as consequências do uso de algumas drogas. Segundo a UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime) a AIDS ainda é uma epidemia entre os usuários de drogas injetáveis e a população carcerária.

“A epidemia do HIV entre usuários de drogas e em populações carcerárias é completamente evitável e pode ser revertida. Temos todas as ferramentas na mão, mas respostas ousadas e corajosas são necessárias com base nos direitos humanos e na igualdade de gênero”. (ONU BRASIL, 2012)

Uma dessas “respostas” seria exatamente o programa de redução de danos, onde é oferecido ao usuário de droga injetável, por exemplo, sua seringa e sua

---

<sup>1</sup> Dados coletados diretamente do portal do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas: disponível em:  
[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/instituicao/index.php?ds\\_estado=SC](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/instituicao/index.php?ds_estado=SC)



agulha. Dando a oportunidade também do usuário encontrar auxílio nas casas de apoio e ambulatórios onde são realizados exames periódicos nos dependentes. No entanto, seu registro também é pouco em Santa Catarina, enquanto em Florianópolis é possível encontrar até 6 casas de apoio e ambulatórios, em Criciúma só se encontra uma e em cidades como Araranguá e Tubarão não há nenhuma.<sup>1</sup>

Atualmente a perspectiva do atendimento aos dependentes químicos está associada aos programas vinculados ao Ministério da Saúde, à exemplo do Programa Humaniza Sus e da Política Nacional de Saúde Mental apoiada na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A perspectiva é aperfeiçoar os tratamentos ambulatoriais em detrimento das internações, e isso vale também para o tratamento da dependência química. As internações deverão ser realizadas em casos excepcionais pelo novo modelo de saúde mental implementada no país.

O avanço nas políticas públicas na área de saúde permitiu que a assistência psiquiátrica, tivesse um enfoque ambulatorial através da ampliação das unidades do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, cujo objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários através do exercício de seus direitos civis e do fortalecimento de vínculos familiares.

No tratamento da dependência química o país deu um salto importante, ao integrar no sistema CAPS um serviço especializado no tratamento de alcoolismo e drogadição, também chamado de CAPS-AD. Os CAPS-AD foram criados no ano de 2002 “[...] com o objetivo de oferecer atendimento a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada e também comunitária.” (BRASIL, 2009, p. 236)

Logo, embora se obteve alguns avanços na área da saúde pública e no investimento em políticas de saúde aos usuários de drogas, é notório, pelo arcabouço de dados levantados neste trabalho, que a lógica do tratamento das drogas ainda recai sobre a área da segurança pública e não apenas na área da saúde, o que dificulta o tratamento de crianças e adolescentes dependentes químicos. Se houvesse um maior

---

<sup>1</sup>Dados coletados diretamente do portal do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas: disponível em:

[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/instituicao/index.php?ds\\_estado=SC](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/instituicao/index.php?ds_estado=SC)

envolvimento nessa política aplicada pelo SENAD possivelmente encontraríamos menos mortes através das drogas, maior esclarecimento e menos a visão depreciativa de um usuário. Tudo depende de um amparo da família, de uma cooperação da sociedade e um incentivo do Estado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após análise dos fatos despontados nesse artigo, conclui-se que a política de drogas existente no Brasil, embora seja concisa ainda não é eficiente. O crescimento da população carcerária graças ao narcotráfico e as internações cada vez mais cedo, de adolescentes que se envolvem com drogas e são tratados como autores de ato infracional dão base a essa afirmação.

O envolvimento de crianças e adolescentes com as drogas é uma conotação problemática, durante essas fases, frágeis, da vida o sujeito é tão influenciado quanto influencia o ambiente que vive, isso porque a partir da sua relação social ele cria sua identidade.

Com a desigualdade gritante existente no Brasil tem-se um reflexo dessa situação nas crianças e adolescentes de camadas mais pobres da sociedade, que ainda tem dificuldades de alcançar os serviços adequados em saúde para tratamento de drogadição.

O processo da construção da identidade de um indivíduo acontece a partir da identificação, das escolhas e das oportunidades que o cercam. O estigma presente na criança e do adolescente, principalmente de baixa renda, a indiferença e a discriminação o leva para o mundo do narcotráfico como uma forma de fuga ou então como sua forma de ser ouvido. Ou seja, ser “dono” da favela ou líder da facção criminosa é ser visto e escutado por uma sociedade que se cala e também consente sua situação depreciativa.

Os dados que afirmam o aumento de usuários de drogas no país, incluindo a população de crianças e adolescentes é revelador do quanto a política de drogas brasileira vem falhando.

A sociedade e o Estado negam aos usuários direitos básicos de um indivíduo, eles os castigam, os discriminam e os tratam como uma questão de segurança pública assim os abordam mais como criminais do que como cidadãos, que tem tanto direitos como nós, doentes.

Essa política de drogas, onde se prende o usuário e depois o libera no mesmo ambiente sem um tratamento eficaz é, no mínimo, irresponsável. A estigmatização e a falta de tratamento e prevenção, além de não ser nada astuta também é danosa aos usuários e as suas famílias e toda a sociedade que o cerca.

A assistência social, clínicas gratuitas para todos os tipo de dependências químicas, orientação após a saída da prisão, assistência na busca de trabalho e moradia, ou seja, um trabalho contínuo da sociedade, da família e do Estado, podem resolver essa situação de frenesi que o Brasil vive.

A eficácia dessas políticas públicas vigentes tem relação direta com o apoio e investimentos do Estado, tem que se ter um análise profunda da saúde pública brasileira, abrindo o leque para não somente a internação, mas também a prevenção e embora as políticas aplicadas no SENAD atue nessa área, ela toca apenas a superfície do problema.

Há de se ter, para uma política humanitária das drogas, um real esforço do Estado e da sociedade para a compreensão da questão das drogas como questão de saúde pública, abrindo mão de construir prisões para construção de mais casas de auxílio e prevenção, amparando e afastando da zona de risco os jovens que nela habitam. Tem-se que garantir efetivação dos direitos humanos e do próprio Estatuto da Criança e do Adolescente, dando a oportunidade de crianças e adolescentes e receber tratamento de saúde adequado e sair do ambiente que o faz regressar a ele, sem que para isso seja visto como “adolescente infrator”.

Dando-se um fim a aplicação abusiva e discriminatória como método sócio-educativo das internações e procurando, realmente, meios de reinserção social e recuperação do indivíduo poderia dar luz as circunstâncias vividas atualmente.

Todos os problemas e soluções abordados nesse artigo trazem ao conhecimento de todos a necessidade de refletir sobre o que tem-se por trás da política nacional de drogas e, de longe, a certeza que sua consolidação só é possível com o envolvimento dos três pilares básicos na construção de um indivíduo: Estado, sociedade e família para a consolidação dos direitos de crianças e adolescentes. E a efetivação de direitos e uma política pública de drogas que não seja responsável pela criminalização, mas pelo tratamento adequado da dependência química.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **Sistema Penal Máximo x Cidadania Mínima: códigos de violência na era da globalização**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. Brasília: SENAD, 2009.

CARVALHO, Salo. **Nas trincheiras de uma Política Criminal com derramamento de sangue**: depoimentos sobre os danos diretos e colaterais provocados pela guerra às Drogas.[paper]. Palestra realizada na Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ), em 04 de abril de 2013, no painel “Política de Drogas: Mudanças de Paradigmas”, evento promovido pela Law Enforcement Against Prohibition (LEAP Brasil). (2013)

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier and ABREU, Cassiane Cominoti. **A política antidrogas brasileira: velhos dilemas**. *Psicol. Soc.* [online]. 2008, vol.20, n.2, pp. 267-276. ISSN 1807-0310.

GOMES, Luiz Flávio. Nova lei de drogas: descriminalização da posse de drogas para consumo pessoal. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 11, n. 1236, 19 nov. 2006. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/9180>>. Acesso em: 10 maio 2014.

JESUS, Maria Gorete Marques de. Et al. **Prisão Provisória e Lei de Drogas**: Um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2011.

LIMA, Fernanda da Silva; VERONESE, Josiane Rose Petry. **Os direitos da criança e do adolescente**: a necessária efetivação dos direitos fundamentais. Col. Pensando o Direito no Século XXI, v. 5. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2012.

MAIEROVITCH, W. O primeiro passo é descriminalizar o usuário: depoimento. [12 de janeiro, 2011]. São Paulo: **Carta Capital**. Entrevista concedida a Bruno Huberman.

MÉNDEZ, Emilio García. A dimensão política da responsabilidade penal dos adolescentes na América Latina: notas para a construção de uma modesta utopia. In: ANDRADE, Vera Regina Pereira de. (org.) **Verso e reverso do controle penal**: (des) aprisionando a sociedade da cultura punitiva. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2002.

ONU BRASIL. Notícias. **AIDS ainda é epidemia entre usuários de drogas injetáveis e população carcerária, alerta UNODC**. 30 de dez de 2012. Disponível em: <http://www.onu.org.br/aids-ainda-e-epidemia-entre-usuarios-de-drogas-injetaveis-e-populacao-carceraria-alerta-unodc/>

ROSA, Alexandre Moraes da. Justiça Restaurativa e Ato Infracional: Práticas e Possibilidades. **Revista IOB de Direito Penal e Processual Penal**, Porto Alegre, vol. 9, n. 50, jun./jul. 2008, pp. 205-213.

ROSA, Alexandre Moraes da. **Direito Infracional**: garantismo, psicanálise e movimento anti-terror. Florianópolis: Habitus, 2005.

ROSA, Alexandre Moraes da; LOPES, Ana Christina Brito. **Introdução Crítica ao ato infracional**: princípios e garantias constitucionais. 2 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

SANTOS, Juarez Cirino dos. O adolescente infrator e os direitos humanos. In: ANDRADE, Vera Regina Pereira de. (org.) **Verso e reverso do controle penal**: (des) aprisionando a sociedade da cultura punitiva. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2002.

SILVA, Jailson de; URANI, André. **Crianças no narcotráfico**: um diagnóstico rápido. Brasília: Organização Internacional do Trabalho, 2002.

United Nations Office on Drugs and Crime. **WORLD DRUG REPORT**. Volume 1. Relatório. UNODC – Nações Unidas, 2005. disponível em: [https://www.unodc.org/pdf/WDR\\_2005/volume\\_1\\_web.pdf](https://www.unodc.org/pdf/WDR_2005/volume_1_web.pdf). Acesso em 24 de abr de 2014.

VERONESE, Josiane Rose Petry. **Os Direitos da Criança e do Adolescente**. São Paulo: LTr, 1999.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha mestra, amiga e orientadora Professora Fernanda da Silva Lima, sempre ficarei estupefata com sua notória sabedoria. Serei sempre grata a todo tempo que dedicastes a mim, sua paciência e generosidade será sempre memorável em meu íntimo.

Agradeço, também, o anjo com asas com rege minha vida, meu querido pai Roberto Gerson Castilho Toni. Sem ele eu seria menos que o rabisco do que sou hoje, devo a ele tudo o que sou e o que tenho. Embora não possa partilhar da minha vitória fisicamente, creio em meu coração que teus olhos repousam sobre mim agora.

Agradeço aos anjos sem asa que fizeram de mim quem eu sou, minha mãe Marelir Santa Helena Toni e minha irmã Aline Santa Helena. Que feliz que sou por ter a oportunidade de muito antes de nascer, vocês viessem ao mundo para dispor o caminho para mim. Dedico a vocês duas todas as minhas vitórias e conquistas, vocês são o motivo da minha existência e garra. Agradeço ao meu eterno amor, Fred, pela compreensão e pelo companheirismo sempre, sem suas doces palavras incentivadoras, eu nada conseguiria.

Por ultimo, mostro minha eterna gratidão a Deus por colocar em meu caminho pessoas magníficas e admiráveis, que contribuem para minha jornada, que carregam na essência a calma de dividir seus ensinamentos. Pessoas estas que são educadores, de profissão ou não, que mudam a vida das pessoas e que as tornam melhores cada dia. Acima de tudo, obrigada.

## **A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA COMO CONDIÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS: UMA ANÁLISE DOS ACÓRDÃOS DO TRF DA 4ª REGIÃO NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE 2011 E 2014**

**Adriane Bandeira Rodrigues**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC. Professora do Curso de Direito pela UNESC. Pesquisadora do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Email: ard@unesc.net.

**Reginaldo de Souza Vieira**

Doutor e Mestre em Direito – PPGD/UFSC. Líder do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Professor Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC. Email: prof.reginaldovieira@gmail.com

### **RESUMO**

**Introdução:** A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 erigiu a vida à condição de um direito fundamental, inviolável do cidadão, garantido a todos, e, ainda, conferiu à saúde o caráter de direito humano fundamental e social, em seu artigo 6º. Ademais, além consignar a saúde como sendo um direito de todos, determinou o dever do Estado de garanti-la a partir de políticas públicas. A fim de viabilizar o direito à saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde pela Lei nº 8.080/90, o qual atua por meio de ações e serviços públicos na área da saúde, tendo por objeto a administração eficiente das políticas públicas. E é nesse contexto que se insere a judicialização das políticas públicas de saúde, em especial do acesso a medicamentos e a tratamentos não disponibilizados pelos gestores SUS. A temática é atual no contexto da concretização do direito à saúde previsto no texto constitucional. Mas esta atuação encontra limites na insuficiência de recursos para o atendimento a todas as demandas, exigindo o planejamento e a adoção de medidas organizadas para atendimento ao direito fundamental à saúde e à vida. A administração pública a fim de exonerar-se da sua responsabilidade, em muitos casos vem balizando-se no denominado princípio da reserva do possível, que é entendido como o fenômeno decorrente da limitação de recursos financeiros do Estado, diante das despesas que devem ser por ele suportadas (MAIA, 2013). Entretanto, a invocação do princípio da reserva do possível pelo poder público não deve ser utilizado como argumento para em toda e qualquer circunstância preterir o direito à vida e à saúde. Do ponto de vista jurisprudencial, observa-se que um dos critérios que vem sendo adotado pelos julgados do TRF4 objetivando atender ao Princípio da Reserva do Possível é a exigência da comprovação da hipossuficiência financeira como pressuposto necessário a que o tratamento seja custeado pelo poder público (PORTO ALEGRE, 2013). Entretanto, entende-se pertinente investigar o conceito de hipossuficiência financeira que vem sendo adotado pela jurisprudência. Ademais, é fundamental averiguar se este critério não ofende aos dispositivos constitucionais que garantem o direito à vida e à saúde, considerando-se que a Constituição Federal estabelece que a saúde deve ser garantida a todos. Então, indaga-se: É possível limitar-se o direito à saúde para garantir-se somente àqueles desprovidos de recursos financeiros?.

**Objetivos:** a) Estudar a positivação do direito à saúde e os pressupostos do direito fundamental à vida insertos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988; b) Compreender as bases do processo conhecido como judicialização da

políticas públicas de saúde no Brasil; Investigar no período compreendido entre 2011-2014 as decisões do TRF4 que tratam sobre pedidos de fornecimento de medicamentos com fulcro no direito à saúde, procurando identificar nas decisões proferidas a adoção ou não do critério da hipossuficiência financeira como condição para a procedência dos pedidos apresentados. **Procedimentos Metodológicos:** O método de abordagem é o dedutivo. O método de procedimento o monográfico. Será feita a consulta a livros, artigos científicos em periódicos indexados, legislação, site do Ministério da Saúde, do IBICT e do TRF4. No caso, do TRF4, procurar-se-á no período elegido para a coleta de dados (2011-2014), tendo base o banco de jurisprudências do tribunal, fazendo uso da categoria “hipossuficiência financeira”, os acórdãos que trataram da temática da pesquisa. **Resultados e Conclusão:** A pesquisa encontra-se em sua fase inicial. Constatou-se até o momento que a administração pública vem balizando-se no denominado princípio da reserva do possível, que é entendido como o fenômeno decorrente da limitação de recursos financeiros do Estado, diante das despesas que devem ser por ele suportadas. Para tanto, faz uso do critério da hipossuficiência financeira para o fornecimento dos medicamentos judicialmente pleiteados. Entretanto, a invocação do princípio da reserva do possível e da hipossuficiência financeira pelo poder público entra em choque com a garantia do direito à vida e à saúde, assegurados pela CRFB/1988. Dessa forma, há claramente um embate entre o princípio da reserva do possível e o direito à saúde, percebendo-se, inicialmente, que é necessária a utilização de outros conhecimentos, além dos jurídicos, para, através do diálogo interdisciplinar, atingir-se a solução mais adequada diante desta situação tão complexa e conflituosa.

**Palavras-chave:** Direito à saúde; Direito à vida; Princípio da reserva do possível; Hipossuficiência financeira; Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

MAIA, Maurilio Casas. O princípio constitucional da igualdade na relação médico-paciente e a diferença de classe no SUS: entre a reserva do possível e a efetividade máxima do direito à saúde. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**, São Paulo, v. 21, n. 84, p.273-292, set. 2013.

PORTO ALEGRE. **Tribunal Regional Federal da Quarta Região**, RS. Apelação Cível nº 5016201-44.2012.404.7200. Relator Fernando Quadros da Silva. Terceira Turma, julgado em 18/09/2013.

## **POLÍTICAS PÚBLICAS INTERSETORIAS NO COMBATE AO TRABALHO INFANTIL**

**Ademar Antunes da Costa**

Advogado e Mestre em Direito pela Universidade de Caxias do Sul - UCS. Professor em Direito Civil e Introdução ao Estudo do Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Integrante do grupo de pesquisas Direito, Cidadania e Políticas Públicas do Programa de Pós-graduação em Direito - Mestrado e Doutorado da Unisc. Email: [acosta@unisc.br](mailto:acosta@unisc.br)

**Analice Schaefer de Moura**

Graduanda em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Bolsista PIBIC - CNPq. Integrante do grupo de pesquisa "Direito, Cidadania e Políticas Públicas" do Programa de Pós-graduação em Direito – Mestrado e Doutorado da Unisc. Email: [analice\\_sm@hotmail.com](mailto:analice_sm@hotmail.com)

### **RESUMO**

O presente artigo busca fazer uma análise sobre o direito de proteção contra a exploração de crianças e adolescentes, direito este consolidado no artigo 227 da Constituição Federal ao inaugurar a teoria da proteção integral. Sob essa ótica, propõe-se uma análise crítica da persistência do trabalho infantil em nosso país, o qual traz inúmeros prejuízos à saúde, educação e desenvolvimento dos infantes. Nesse contexto, busca-se uma definição de trabalho infantil adequada levando em conta suas nuances culturais e fatoriais. Ao que se percebe da dificuldade de um conceito fechado para um problema multifatorial. Por fim, conclui-se que para combater a exclusão e garantir a cidadania, de fato e de direito, o Estado deve implantar instrumentos capazes de viabilizar tais direitos, trata-se de políticas públicas intersetoriais, que no caso dos direitos das crianças e dos adolescentes devem contar com a participação do Estado, da sociedade, da família, e da iniciativa privada.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde; Políticas Públicas; Trabalho Infantil.

### **ABSTRACT**

This article seeks to analyze on the right to protection against exploitation of children and adolescents , this law consolidated in Article 227 of the Federal Constitution to usher in the theory of integral protection . Under this view , it proposes a critical analysis of the persistence of child labor in our country , which brings numerous damages to health, education and development of infants . In this context , we seek a proper definition of child labor taking into account their cultural nuances and factorial . When we perceive the difficulty of a closed concept for multifactorial problem . Finally , it is concluded that to combat exclusion and ensure the citizenship of fact and law, the state must deploy instruments to facilitate such rights , it is intersectoral public policies , in which case the rights of children and teenagers should have the participation of the state, society , family , and private initiative .

**Keywords:** Right to Health; Public Policy; Child Labour.



## **INTRODUÇÃO**

Existem diversas compreensões e temáticas utilizadas quando se aborda o trabalho infantil. Ocorre que se trata de um tema complexo, com causas profundas e ainda motivo de polêmicas e contradições.

Apesar de ser um problema complexo e multifatorial, existem alguns fatores comuns a todos os lugares onde ocorre. Dentre eles, destacam-se a pobreza, a ineficiência do sistema educacional brasileiro e a própria tradição cultural da sociedade, que “enxerga” no trabalho precoce diversos benefícios distorcidos sobre educação para o trabalho, geração de renda e ocupação para essas “crianças adultas”. Cabe ressaltar quanto a pobreza que ela é causa e consequência do dessa forma de exploração, formando assim o ciclo intergeracional do trabalho infantil. Portanto, as políticas de prevenção e enfrentamento devem levar isso em conta no momento de programar suas ações.

A importância do estudo sobre esse tema está vinculada às profundas influências negativas no desenvolvimento dos infantes, bem como à discussão sobre a aplicação e eficiência das políticas públicas voltadas para essa faixa etária. Nesse viés, pretende-se fazer uma reflexão sobre a persistência do trabalho infantil e sua repercussão na saúde das crianças e adolescentes, analisando de quê forma o sistema jurídico tem abordado a questão.

### **Trabalho infantil no contexto jurídico brasileiro**

A Constituição Federal disciplinou a responsabilidade tripartida na proteção e garantia dos direitos das crianças e adolescentes, consolidando, nesses termos a teoria da proteção integral e seu status de prioridade absoluta. Quanto ao direito de proteção, previsto no artigo 227 da Carta de 1998, foi contemplada a proteção contra a exploração.

O art. 7º, XXXIII da Constituição Federal dispõe a proibição de trabalho infantil, permitindo-o a partir dos 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos. Esse dispositivo estabelece os limites de idade mínima para adentrar no mundo do laboral definindo, assim, o conceito legal de trabalho infantil no Brasil.

Em conformidade a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, também trata dos limites de idade mínima para o trabalho, bem como

inova ao acrescentar vedações ao trabalho do adolescente empregado ou aprendiz, com especial previsão no seu art. 67<sup>1</sup>.

A conferência Internacional do Trabalho (CIT), aprovou por unanimidade a Convenção sobre a Proibição das Piores Formas de Trabalho Infantil e a Ação Imediata para a sua Eliminação, Convenção 182, em 17 de junho de 1999. Até março de 2012 95% dos Estados-Membros da OIT à época tinha ratificado a Convenção, O Brasil ratificou a Convenção n.º 182 em 02 de fevereiro de 2000 (GUIMARÃES, 2012, p. 160).

A Convenção n.º 182 abarca as pessoas menores de 18 anos de idade e define que as piores formas de trabalho infantil são as relacionadas com:

escravidão e práticas análogas, incluindo o trabalho forçado e o recrutamento para fins de conflitos armados; a utilização, recrutamento ou oferta de crianças para a realização de atividades ilícitas, exploração sexual ou atividades para fins pornográficos e formas de trabalho que, por sua natureza ou condição em que se realizem, sejam susceptíveis de prejudicar a saúde, segurança e a moralidade das crianças. (GUIMARÃES, 2012, p. 160)

Em 2006, foi lançada a Agenda Nacional do Trabalho Decente, a qual se estruturou em três prioridades: (1) gerar mais e melhores empregos, com igualdade de oportunidades e de tratamento; (2) erradicar o trabalho escravo e eliminar o trabalho infantil, em especial em suas piores formas (3) fortalecer os atores tripartites e o diálogo social como um instrumento de governabilidade democrática (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2005, p. 09-10).

A Agenda também trouxe à cena questões geralmente pouco discutidas e extremamente relevantes quanto às condições de trabalho, estabelecendo-se importantes linhas de ação, como a consolidação do conhecimento a respeito do trabalho infantil; institucionalização de técnicas de identificação e retirada de vítimas do trabalho; promoção de campanhas informativas e de prevenção do trabalho infantil; integração e desenvolvimento de políticas públicas e programas voltados à superação

---

<sup>1</sup>Art. 67. Ao adolescente empregado, aprendiz, em regime familiar de trabalho, aluno de escola técnica, assistido em entidade governamental ou não-governamental, é vedado trabalho:

I - noturno, realizado entre as vinte e duas horas de um dia e as cinco horas do dia seguinte;

II - perigoso, insalubre ou penoso;

III - realizado em locais prejudiciais à sua formação e ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social;

IV - realizado em horários e locais que não permitam a freqüência à escola. (BRASIL, 1990)

do trabalho infantil com políticas de formação profissional e geração de renda, entre diversos outros mecanismos.

Nesse viés, em 2008 surgiu do Plano Nacional do Trabalho Decente, com a finalidade de promover a articulação de programas do governo federal relacionados ao trabalho, emprego e à proteção social. O plano, em consonância com a Agenda Nacional do Trabalho Decente elegeu como uma de suas prioridades a erradicação do trabalho infantil, principalmente em suas piores formas (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2010, p. 35). A sua efetivação, no entanto, ainda depende da continuidade do envolvimento e do compromisso de diferentes atores com a questão.

Paralelamente, há que se destacar a dificuldade de elaborar um conceito capaz de abarcar o trabalho infantil em todas suas dimensões. É notório que existem diversas formas de trabalho infantil como na agricultura, carvoarias, nas ruas, no tráfico de drogas, trabalho escravo, enfim, cada um com suas características. Dificultando, assim a formulação de um conceito único.

Inicialmente, para uma definição mais adequada de trabalho infantil, é imperioso diferenciar trabalho infantil de tarefas realizadas dentro de casa. Segundo Costa e Cassol (2008, p. 11) a tarefa não afeta a condição peculiar de desenvolvimento da criança e do adolescente, não muda sua rotina, não afeta seus estudos, lazer, e integridade física. Já a exploração do trabalho infantil se verifica quando os infantes têm seus direitos violados, sendo privados do direito de frequentar a escola, de estudar com propriedade, de brincar por existir a obrigatoriedade do trabalho. Disciplinam ainda as autoras:

Dessa maneira, se estará diante de uma agressão aos direitos fundamentais desse infante, que constitucionalmente está protegido pelo princípio da prioridade absoluta, corolário da doutrina à proteção integral, que na prática não se consegue efetivar. (COSTA e CASSOL, 2008, p. 12)

De forma mais ampla é possível conceituar trabalho infantil como aquele realizado pelos infantes abaixo da idade legalmente permitida para entrar no mercado de trabalho, e que possam estar executando tarefas insalubres e perigosas que afetam suas integridades físicas, morais e psicossociais (LIBERATI E DIAS, 2006, p. 31).

Ao lado da difícil conceituação de trabalho infantil, surge a dificuldade de encontrar, enumerar, fatores que levam a exploração da mão de obra infantil.

Consoante Rizzini, et al (1996) no tocante a esta matéria, pode-se afirmar que a inserção da criança e do adolescente está ligada a uma multiplicidade de fatores. Além do mais, a exploração de crianças e adolescentes é um fenômeno mundial, porém é comum a ligação de trabalho infantil e pobreza.

Vários são os fatores que levam à exploração da mão-de-obra infantil, pode-se citar ainda a ineficácia do sistema educacional brasileiros, e a própria tradição cultural que acredita o trabalho precoce como forma de evitar a drogadição, a inserção dos infantes no mundo do crime, bem como, a ideia de que o trabalho precoce educa, ou mesmo de conseguir alcançar uma condição financeira melhor para si ou para sua família.

Entrementes, o trabalho infantil não ajuda a família, tendo em vista que prejudica o desenvolvimento dos infantes, prejudica a formação e o processo de socialização da criança *“pois lhe rouba o lúdico, a vivência, a real necessidade de brincar, de se desenvolver com dignidade, de conviver com sua família e comunidade”* (CUSTÓDIO e VERONESE, 2009, p. 89).

Para elucidar os fatores que desencadeiam o trabalho infantil é necessária a análise de inúmeros aspectos, por se tratar de um problema social complexo, interligado a outras questões conjunturais que estão presas às famílias, infantes e comunidade. A esse respeito Costa e Cassol afirmam:

Como principal causa do trabalho infantil destaca-se a pobreza. Entre demais estão o alto índice de desemprego, a precariedade educacional no país, a baixa escolaridade dos pais. São, portanto, aspectos econômicos, culturais, políticos que, de uma forma ou outra, influenciam o modo de viver e pensar em sociedade. (COSTA E CASSOL, 2008, p. 12)

Na mesma linha segue Viana e Veronese (2007), ao afirmar que não é desejo da criança ingressar no mundo do trabalho, porém o faz pela precariedade econômica, na luta pela sua sobrevivência, e de sua família.

Nesse diapasão, é oportuno destacar que Rizzini, et al (1996), faz uma crítica a relação imediatista entre trabalho infantil e pobreza, afirmado que não se pode confundir trabalho infantil como sendo uma consequência e não, também, causa da pobreza. Ou seja, no mesmo momento em que a pobreza parece ser um fator determinante para o trabalho infantil, o mesmo é um fator determinante no que tange a pobreza.

## O trabalho infantil e a saúde das crianças

No mundo globalizado dominado pelo capitalismo os resultados financeiros estão acima de tudo. O raciocínio do mercado é procurar a maior lucratividade com o menor dispêndio possível. Sob esse prisma, se insere a exploração do trabalho infantil, pois é uma mão-de-obra mais barata, de modo informal ou formal. “Esta situação revela um crescente círculo vicioso: quanto maior o número de crianças engajadas no mercado de trabalho, maior o desemprego entre adultos” (CORRÊA e GOMES, 2003, p. 33).

Sob esse prisma, o trabalho infantil também é aparece como um grande obstáculo ao Trabalho Decente e ao desenvolvimento humano, tendo em consideração não só seus efeitos imediatos, mas também seus reflexos futuros na vida das crianças e adolescentes exploradas.

O trabalho infantil é um obstáculo ao trabalho decente, tendo em vista os prejuízos ao desenvolvimento das capacidades das crianças e adolescentes, que posteriormente seriam utilizadas no mundo laboral. Nesse prisma Rizzini, Et al, afirma:

A infância que se extenua no trabalho está sendo impedida de se educar e de se dedicar a atividades próprias à sua faixa etária. Isso significa que cada uma destas crianças está sendo prejudicada o desenvolvimento de suas capacidades à sua faixa etária. Isso significa que cada uma destas crianças está sendo prejudicada no desenvolvimento de suas potencialidades. A dimensão social de problema está em que parte da população mundial permanece, dessa forma, privada do direito básico à cidadania: são indivíduos precocemente entregues à própria sorte na luta pela sobrevivência; são destinados à desqualificação, discriminados e usados em regime que se assemelha à escravidão. (Rizzini, et al, 1996, p. 19/20)

Importante salientar que as capacidades laborais dos infantes ainda estão em formação, e as condições em que as atividades laborais são exercidas se dão geralmente em ambientes insalubres e inadequados “do ponto de vista ergonômico, proporcionando não só acidentes, mas também doenças osteomusculares, já que os instrumentos não são dimensionados para elas” (GUIMARÃES, 2012, p. 174).

Ainda conforme o autor supramencionado, em 2010, foi registrado uma média de aproximadamente 3,03 acidentes graves por dia envolvendo crianças e adolescentes no mercado laboral. Já, nos oito primeiros meses de 2011 registrou-se 2,58 acidentes graves por dia para este mesmo grupo de população ocupada (GUIMARÃES, 2012, p. 175).

Nesse contexto, de acordo com a Classificação Nacional das Atividades Econômicas (CNAE) as atividades que mais registraram acidentes graves envolvendo a exploração do trabalho infantil, foram respectivamente:

Fabricação de calçados de qualquer espécie, cantinas (serviços de alimentação privativos), comércio varejista, comércio atacadista de hortifrutigranjeiros, lanchonetes e similares, comércio a varejo e por atacado de peças e acessórios de veículos, comércio varejista de atacadista em geral, com predominância de produtos alimentícios, comércio de balas, bombons e similares, comércio atacadista de tecidos, fios e armarinhos, comércio de bebidas, fabricação de vidro, fabricação de filmes cinematográficos, usinas de açúcar, atividades de organizações sindicais, comércio atacadista de produtos químicos, obras viárias, trabalho doméstico, transporte aquaviário, transporte rodoviário e agricultura, entre outros. (GUIMARÃES, 2012, p. 176).

O processo físico, cognitivo, emocional e a natureza ou condição em que a atividade é realizada, acabam por impedir o efetivo exercício da cidadania. A prevenção e erradicação do trabalho infantil se caracterizam como princípio e direito fundamental da dignidade da pessoa humana e dessa maneira, podem ser acentuadas como aspecto central na promoção do trabalho decente.

### **Políticas públicas intersetoriais no combate e prevenção ao trabalho infantil**

É evidente que o trabalho infantil exige a formatação de novos e diversos instrumentos e mecanismos de repressão que, conjuntamente, atuarão erradicando ou dando descontinuidade a este problema no Brasil. A exploração da mão de obra infantil tem causas e razões que extrapolam um rol taxativo e único, tratando-se de uma multiplicidade de fatores, como evidenciado anteriormente. Contudo, notadamente se observa que as questões culturais exercem influência acentuada e é especificamente nesse aspecto que as políticas públicas intersetoriais podem (e devem) atuar.

Importante ressaltar que as ações relacionadas ao atendimento das necessidades devem ter como guia a perspectiva dos seus melhores interesses. A mesma deve orientar as ações da família, da sociedade e do Estado, que nos processos de tomada de decisão “*devem considerar quais as oportunidades e facilidades que melhor alcançaram os interesses da infância*” (CUSTÓDIO e VERONESE, 2009, p. 115)

Antes de adentrar no tema das políticas públicas internacionais, no tocante à erradicação do trabalho infantil, é fundamental esclarecer o que são políticas públicas.

Consoante Schmidt o termo “políticas públicas” é utilizado com diferentes conotações, indicando um campo de atividade, um “propósito político”, ou “um programa de ação ou os resultados obtidos por um programa” (SHIMIDT, 2008, p. 2312).

Políticas públicas são o meio de ação do Estado, é através delas que se orientam as ações de governo e da sociedade:

Políticas públicas configuram decisões de caráter geral que apontam rumos e linhas estratégicas de atuação governamental, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis ao tornarem públicos, expressas e acessíveis à população e aos formadores de opinião as intenções do governo no planejamento de programas, projetos e atividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 9).

Políticas públicas podem ser entendidas como instrumentos do Estado que garantem os direitos sociais, é através das mesma que bens são “distribuídos e redistribuídos” em resposta às demandas da sociedade. “As políticas públicas são fundamentadas pelo direito coletivo, são de competência do Estado e envolvem relações de reciprocidade e antagonismo entre o Estado e a sociedade civil” (CAVALCANTI, 2009, p. 07).

Destaca-se nessa matéria o princípio da ênfase nas políticas sociais básicas que procura promover o reordenamento institucional,

provendo um conjunto de serviços de efetivo atendimento às necessidades de crianças, adolescentes e suas próprias famílias por meio de políticas de promoção e defesa de direitos, bem como de atendimento em todos os campos destinados à efetivação dos direitos fundamentais (VIANA e CUSTÓDIO, 2009, p. 143).

A intersectorialidade pode ser conceituada como um "processo em que os objetivos, as estratégias e os recursos de cada setor se consideram segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores" (ANÁLISIS, 1992, apud TEIXEIRA e PAIM, 2002).

Paralelamente a isso, é oportuno destacar que o Brasil possui um elevado número de crianças trabalhando, por essa razão é imprescindível a atenção dos governantes e da própria sociedade civil. Custódio e Veronese (2009) afirmam que no momento em que se decide que estas crianças devem deixar de trabalhar, e se

dedicar ao estudo e as brincadeiras, atividades típicas desta faixa etária, é importante que o Estado encontre mecanismos para evitar a falta de recursos financeiros necessários para subsistência da família, o que se visualiza com o PETI.

Nesse sentido, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil surgiu em 1996 com a finalidade de afastar do trabalho crianças e adolescentes até 16 anos de idade, permitindo, porém, às de 14 anos trabalhar na condição de aprendiz.

No ano de 2005 o PETI foi reformulado passando a integrar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), tendo três eixos básicos: distribuição de renda às famílias de crianças ou adolescentes em situação de trabalho, atividades de convivência e fortalecimento de vínculos para estas crianças e adolescentes, e acompanhamento familiar por meio do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (COSTA, AQUINO, 2012).

Paralelamente a isso, é preciso reconhecer que com o Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil inaugurou uma rede de políticas públicas de atendimento descentralizada de longo alcance, permitindo novas alternativas de prevenção e erradicação do trabalho infantil mais próximas das famílias (CUSTODIO Et al, 2010).

Com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos do Ministério da Saúde, através dos Centros de Referência de Saúde do Trabalho (CEREST), integrados ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação, foi possível a implementação de uma vigilância epidemiológica, verificando-se que o nível de acidentalidade no trabalho, conforme já mencionado, é duas vezes superior ao de adultos (GUIMARÃES, 2012, p. 175).

Essa política é fundamental na erradicação do trabalho infantil, tendo em vista que quando deflagrado algum sinal de exploração da criança ou adolescente, necessariamente deverá haver a notificação para o órgão correspondente. Ampliando as possibilidades de identificação e retirada da criança trabalhadora.

A efetivação do direito à saúde das crianças e adolescentes como instrumento de prevenção e erradicação do trabalho infantil, contempla a necessidade de uma análise dos modelos de vigilância da saúde, remodelação da atenção básica e da promoção da mesma proporcionando a integração do sistema de saúde na rede de articulação de políticas públicas intersetoriais para proteção de crianças e adolescentes contra a exploração do trabalho infantil no Brasil (NOBRE, 2003). Assim, a intersetorialidade e a integração da área da saúde e da educação, com os direitos



das crianças e dos adolescentes torna-se uma importante ferramenta para a promoção da prevenção e erradicação da exploração do trabalho infantil.

As políticas públicas não são um fim em si mesmas. Custódio e Veronese (2009, p. 143) argumentam que estes instrumentos estão ligados à proteção dos direitos das crianças e adolescentes agem de forma a alcançar um patamar superior as historicamente observadas no direito brasileiro, possuindo como pressuposto a participação.

Enfim, para combater a exclusão e garantir a cidadania, de fato e de direito, o Estado deve implantar instrumentos capazes de viabilizar tais direitos, políticas públicas intersetoriais, que devem contar com a participação do Estado, da sociedade, da família, e da iniciativa privada.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na sociedade capitalista os resultados financeiros estão acima de tudo. O raciocínio do mercado é procurar a maior lucratividade com o menor dispêndio possível. Sob esse prisma, a exploração do trabalho infantil torna-se interessante aos olhos do capital, pois é uma mão-de-obra mais barata. Além do mais, trabalho infantil também traz diversos outros benefícios para os empresários por seu baixo custo, baixo nível de reivindicação, submissão, fatores que se mostram atraentes ao modelo atual, pois beneficiam a lucratividade.

É sobre esse prisma que infelizmente, o trabalho infantil ainda persiste em nosso país, o que reflete prejuízos à saúde das crianças e adolescentes, que estão muito mais expostas à riscos que o ambiente laboral pode trazer em relação a um adulto, justamente em razão de estarem passando por um processo de desenvolvimento.

Além do mais, diversos problemas podem ser ligados à incidência do trabalho infantil como baixa escolarização, ou escolarização insuficiente, pouca ou inexistente profissionalização, doenças, problemas osteomusculares, problemas psicológicos, etc. Além da exposição aos acidentes de trabalho, visto que os aparelhos/utensílios laborais são dimensionados para serem utilizados por adultos, não sendo adaptáveis a estrutura da criança e do adolescente em desenvolvimento.

A incidência do trabalho infantil, em geral, também resulta em menor renda na idade adulta. Quanto mais prematura for a inserção do infante no mundo do

trabalho. O que evidencia que a pobreza também é uma consequência do trabalho infantil, e não apenas geradora.

O processo físico, cognitivo, emocional e a natureza ou condição e que a atividade é realizada, acabam por impedir o efetivo exercício da cidadania. Portanto, a prevenção e erradicação do trabalho infantil se caracterizam como princípio e direito fundamental do trabalho e, dessa maneira, pode ser acentuada como aspecto central na promoção do trabalho decente.

Nesse sentido, o direito da criança e do adolescente possui um potencial que abarca uma visão multidisciplinar e democrática, uma vez que, necessita da participação dos diversos atores sociais. Além do mais, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aliado a Constituição Federal, atribuem responsabilidade compartilhada ao Estado, à família e à sociedade em relação a efetivação dos direitos das crianças e adolescentes.

Assim, se vê potencial nas políticas públicas intersetoriais, como instrumentos eficientes para combater a exclusão e garantir a cidadania, de fato e de direito das crianças e adolescentes. Devendo, contudo, contar com a participação do Estado, da sociedade, da família, e da iniciativa privada.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F.; CARVALHO, M. C. B. **Famílias beneficiadas pelo programa de Renda Mínima em São José dos Campos/SP: aproximações avaliativas.** In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália. Faller; (Orgs.). *Família: redes, laços e políticas públicas*. 4. ed. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Católica de São Paulo; Cortez, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei 8069**, de 13 de julho de 1990. Institui o **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)>. Acesso em: 10 jul. 2012

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **Famílias e políticas públicas.** In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália. Faller; (Orgs.). *Família: redes, laços e políticas públicas*. 4. ed. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Católica de São Paulo; Cortez, 2002.

CIPOLA, Ari. **O trabalho infantil.** São Paulo: Publifolha, 2001.

CORRÊA, Cláudia P.; GOMES, Raquel S. **Trabalho infantil**: as diversas faces de uma realidade. Petrópolis: Viana e Mosley, 2003.

COSTA, M. M. M. ; CASSOL, S. . **Alternativas basilares para a tão almejada erradicação do trabalho infantil**. In: Marli M. M. da Costa; Rosane B. M. da R. Barcelos Terra e Daniela Richter. (Org.). *Direito, Cidadania e Políticas Públicas III*. 1ªed.Porto Alegre: UFRGS, 2008, 2008, v. , p. 9-27.

COSTA, M. M. M. ; AQUINO, Quelen B. . **O Direito de proteção contra a exploração do trabalho infantil por meio das Políticas Públicas**: a necessária integração entre Estado, Sociedade e Família. In: IV Seminário Internacional Direitos Humanos, Violência e Pobreza: a situação de crianças e adolescentes na América Latina, 2012, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Rede Sirius- UERJ, 2012. v. 1. p. 30-40.

CUSTÓDIO, A. V.; COSTA, M. M. M.; REIS, Suzete da Silva. **O direito de proteção contra a exploração do trabalho infantil e as políticas públicas de saúde no Brasil**. In: Marli M. M. da Costa; Rosane T. C. Porto; Suzéte da Silva Reis. (Org.). *Direito, Cidadania e Políticas Públicas IV*. Curitiba: Multidéia Editora, 2010.

CUSTÓDIO, André Viana; VERONESE, Josiane Rose Petry. **Crianças esquecidas: o trabalho infantil doméstico no Brasil**. Curitiba: Multidéia, 2009.

CUSTÓDIO, André Viana.; VERONESE, Josiane Petry. **Trabalho Infantil: a negação de ser criança e adolescente no Brasil**. Florianópolis: OAB/SC, 2007.

GUIMARÃES, José Ribeiro Soares. **Perfil do Trabalho Decente no Brasil**: um olhar sobre as Unidades da Federação. Brasília: OIT, 2012.

LIBERATI, Wilson Donizeti; DIAS, Fábio M. Dutra. **Trabalho Infantil**. São Paulo: Malheiros, 2006.

MARQUES, Jacqueline Bittencourt. **A absoluta prioridade da criança e do adolescente sob a ótica do princípio da dignidade da pessoa humana**. Jus Navigandi, Teresina, ano 16, n. 2837, 8 abr. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/18861>>. Acesso em: 6 mar. 2012.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Plano Nacional do Trabalho Decente**. Brasília/DF, 2010. Disponível em: <[http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/decent\\_work/pub/plano\\_nacional\\_302.pdf](http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/decent_work/pub/plano_nacional_302.pdf)> Acesso em 30 Mar. 2014.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Agenda Nacional do Trabalho Decente**. Brasília/DF, 2006. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BCB2790012BD50168314818/pub\\_Agenda\\_Nacional\\_Trabalho.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BCB2790012BD50168314818/pub_Agenda_Nacional_Trabalho.pdf)> Acesso em 30 Mar. 2014.

NOBRE, L. C. C. **Trabalho** de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Revista *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 4, 2003.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. Brasília/DF, 2006. Disponível em:

<[http://www.tjpe.jus.br/coordvinf/arquivos/plano\\_nacional.pdf](http://www.tjpe.jus.br/coordvinf/arquivos/plano_nacional.pdf)> Acesso em 09 Mar. 12.

PEREIRA, Tânia da Silva. **O “melhor interesse da criança”**. In: \_\_ PEREIRA, Tânia da Silva. *O melhor interesse da criança: um debate interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Renovar, 1999, 14.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma; HOLANDA, Fernanda Rosa Borges de. **A criança e o adolescente no mundo do trabalho**. Rio de Janeiro: 1996.

SAETA, B. R. P.; SOUZA NETO, J. C. de. **A criança e o adolescente na sociedade brasileira**. In: SOUZA NETO, J. C. de; NASCIMENTO, M. L. B. P. (Org.). *Infância: violência, instituições e políticas públicas*. São Paulo: Expressão e Arte, 2006.

TEIXEIRA C. F.; PAIM J. S.. **Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida**. In.: TEIXEIRA, C. F.; PAIM J. S. e VILASBÔAS, A. S. L. (orgs.). *Promoção e vigilância da saúde*. Salvador: Cooptec/ISC, 2002.

VERONESE, J. R. P.; COSTA, M. M. M. **Violência doméstica**: quando a vítima é a criança ou adolescente – uma leitura interdisciplinar. Florianópolis: OAB/S C Editora, 2006.

## A ATUAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE POR MEIO DO CONTROLE JUDICIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Solano Rosso dos Reis

Acadêmico do Curso de Direito da Unesc. Pesquisador do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Email: solanorosso@hotmail.com

Reginaldo de Souza Vieira

Doutor e Mestre em Direito – PPGD/UFSC. Líder do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Professor Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC. Email: prof.reginaldovieira@gmail.com

### RESUMO

**Introdução:** O direito à saúde, ainda que classificado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 como um direito fundamental, encontra dificuldades para se concretizar. Estamos distantes de chegar a um patamar ideal de realização deste direito. Estatuiu a CRFB/88, em seu art. 196 que a saúde será responsabilidade do Estado, garantida por meio de políticas públicas de acesso universal e igualitário, que visem a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2014). A concepção adotada pela CRFB/88 abrange a proteção integral da saúde, desde a sua promoção, que pode ser interpretada como a garantia de qualidade de vida, passando pela proteção, que se liga a prevenção, principalmente de doenças e chegando até a recuperação, que se concretiza pela cura (SCHWARTZ, 2001). Segue, portanto, o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde. No entanto, diante da não concretização do direito à saúde em sua integralidade pelo Estado (entenda-se através do Poder Executivo), tem ocorrido no Brasil um grande crescimento de demandas judiciais que visam à consecução de parcelas do direito à saúde. Entretanto, em razão do aumento crescente judicialização da política pública de saúde, algumas questões são opostas a pretensão de efetivação do direito à saúde por via judiciária, tais como a limitação orçamentária do Poder Executivo, ligada à teoria da reserva do possível e a tripartição das funções estatais, no sentido, de estar o Poder Judiciário decidindo sobre competência alheia. Justifica-se este estudo pela elevada consideração à tutela do direito à saúde, que está intrinsecamente ligado à garantia do direito à vida, visto que este é, de certo modo, o bem jurídico mais amplamente tutelado em nosso ordenamento jurídico. Sua importância também se funda na verificação de legitimidade ou ilegitimidade do Poder Judiciário em obrigar o Poder Executivo, detentor de outra função estatal, para garantir a efetividade do direito à saúde, bem como os argumentos utilizados para concessão ou não concessão deste direito. A pesquisa objetiva analisar o processo de judicialização das políticas públicas e os elementos que favorecem a utilização da via judiciária para buscar a efetividade do direito à saúde; Compreender os fundamentos para a concretização ou não por via judiciária do direito à saúde; Analisar a teoria da reserva do possível e a tripartição das funções estatais, tendo por referência o entendimento adotado pelo Supremo Tribunal Federal. **Metodologia:** O método de pesquisa utilizado será o dedutivo, em pesquisa teórica e qualitativa com emprego de material bibliográfico e documento legal. Além disso, será feito a análise da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal,

do período de 2010 a 2013, objetivando verificar o posicionamento daquele tribunal quanto ao tema ora estudado. **Resultados e conclusão:** Tendo abordado inicialmente somente os conceitos e os fundamentos teóricos do direito à saúde, foi possível chegar a conclusões já pacificadas no âmbito da literatura jurídica e da saúde. Há concordância de que o direito à saúde é um direito fundamental e sua efetivação está intimamente ligada à efetivação do direito à vida. A partir desta ligação entre vida e saúde, verifica-se o caráter transdimensional do direito à saúde, pois, ainda que tido como um direito fundamental de segunda dimensão, sua importância está diretamente conectada ao direito à vida, incluso no rol dos direitos de primeira dimensão e também a democracia e a proteção ao meio ambiente, insertos na terceira dimensão dos direitos fundamentais. Desta forma, a princípio, sua efetivação deve ser buscada por todos os meios possíveis, inclusive por via judicial.

**Palavras-chave:** Direito à saúde; Decisão Judicial; Políticas públicas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 05 mai. 2014.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à saúde:** efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

## O CONTROLE SOCIAL NO BRASIL: UM DIÁLOGO ENTRE O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Juliana Paganini

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da UNESC. Bacharel em Direito pela UNESC. Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Estado, Política em Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Bolsista da CAPES. Email: julianaapaganini@hotmail.com

Reginaldo de Souza Vieira

Doutor e Mestre em Direito – PPGD/UFSC. Líder do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Professor Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da UNESC e do Curso de Direito da Unesc. Advogado. Email: prof.reginaldovieira@gmail.com

### RESUMO

**Introdução:** No Brasil, o controle social historicamente era realizado pelo Estado através de práticas coercitivas para com a sociedade, onde o uso da força física corroborava com a cultura paternalista, restando às pessoas a obediência e passividade. À partir de 1988 houve a conquista através de mobilizações sociais, da possibilidade das políticas públicas realizadas pelo Estado serem fiscalizadas e deliberadas pela sociedade, ocasionando num avanço em termos de democracia participativa. Este resumo expandido insere-se na linha de pesquisa Estado, Políticas Públicas e Direitos Fundamentais do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e pretende oferecer contribuição para o fortalecimento dos instrumentos de democracia participativa tanto na área da assistência social quanto da saúde, como forma de alcançar maior efetividade da política pública do Sistema Único de Assistência Social, bem como do Sistema Único de Saúde. O tema proposto tem profunda relevância social uma vez que a ampliação da base de conhecimento sobre o tema da democracia participativa através do controle social no SUAS e no SUS visa instrumentalizar os operadores, alcançando-se, assim, maior legitimidade na atuação e formulação de políticas públicas de atendimento, proteção, promoção e justiça. Dessa maneira, tem-se por objetivo compreender e analisar o controle social e seus mecanismos legitimadores no interior do Sistema Único de Assistência Social, bem como no Sistema Único de Saúde, focando o estudo nos conselhos e conferências. **Desenvolvimento:** No âmbito do Sistema Único de Assistência Social, bem como do Sistema Único de Saúde o controle social se dá através dos conselhos e das conferências, não sendo, no entanto, os únicos, já que outras instâncias somam força a esse processo (TRAJANO, RAMALHO, 2013, p.02), porém, se utilizará desses dois mecanismos como suporte para desenvolvimento desse estudo. Quanto às características destes conselhos, cabe destacar o caráter permanente, composição paritária entre representantes do governo e da sociedade e a natureza deliberativa, se constituindo nos três níveis da administração e devendo ser criado por lei, inclusive para recebimento de recursos (Lei nº 8.142, de 1990) (Lei nº 8.742, de 1993). Outro mecanismo de controle social em ambas as esferas, diz respeito às conferências, instrumentos de mobilização, que ocorrem de quatro em quatro anos com atribuição de avaliar a situação da assistência social e saúde respectivamente e propor diretrizes para o aperfeiçoamento dos sistemas (Art. 18, VI da lei nº 8.742, de 1993) (Artigo 1º, § 1º da lei 8.142 de 1990) (BRASIL, 2014). Sendo assim, as conferências de assistência social e de saúde caracterizam-se como um espaço destinado à

participação da sociedade, que visa o engajamento desta na formulação gestão e controle da política pública nas três esferas federativas, ou seja, no âmbito federal, estadual e municipal (TRAJANO, RAMALHO, 2013, p.06). **Considerações finais:** O processo de inserção do controle social no campo da democracia participativa foi resultante de lutas sociais, que ocasionaram a conquista da sociedade, por espaços até então preenchidos pelo Estado através de suas práticas coercitivas. Desse modo, a CRFB/1988 foi de fundamental importância para estruturação da participação popular na fiscalização, elaboração e controle das políticas públicas realizadas pelo Estado, significando um avanço quanto à luta pela garantia de direitos. Sendo assim, o Sistema Único de Assistência Social surgiu nesse contexto de participação popular, onde ao Estado cabe a ampliação de sua atuação, bem como o incentivo às discussões na sociedade sobre os serviços e programas ofertados pela política pública de assistência social enquanto direito de cidadania. No âmbito do Sistema Único de Saúde, tal construção faz parte do processo de criação do sistema e ocorreu anteriormente ao seu reconhecimento constitucional, na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1988. Por fim, cabe destacar que o controle social tanto em saúde, quanto na assistência social é um processo em construção e que somente poderá cumprir o seu papel na concretização da cidadania, através da reinvenção quotidiana desses espaços de democracia participativa.

**Palavras-chave:** Controle social; Sistema Único de Assistência Social; Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993:** Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8742.htm>. Acesso em 25 abril 2014-B.

TRAJANO, Alline Giselle das Neves; RAMALHO, Rosângela Palhano. **O controle social nas ações do conselho municipal de assistência social de Gurinhém-PB.** Trabalho de conclusão de curso de economia da Universidade Federal da Paraíba, 2013.



## O PODER DO ESTADO E A OBRIGATORIEDADE DA VACINAÇÃO NA INFÂNCIA: UM ENSAIO SOBRE OS LIMITES ENTRE OS INTERESSES COLETIVOS E A AUTONOMIA DO SUJEITO

Adriana Moro Wieczorkiewicz

Enfermeira, doutoranda em Políticas Públicas pela UFPR. Bolsista CAPES. Colaboradora do Grupo de Pesquisa do Núcleo de Ciências da Saúde e Meio Ambiente da Universidade do Contestado – Campus Mafra – SC. Email: adri.moro@gmail.com

Mário Santos Moreira

Administrador, Analista Senior em C&T em saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Doutorando em Políticas Públicas pela UFPR. Email: mrmoreira@fiocruz.br

Eneida Desiree Salgado

Doutora em Direito, professora do Programa de Pós-Graduação em Política Públicas da UFPR. Email: desiree@ufpr.gov

### RESUMO

**Introdução:** Os programas e campanhas de imunização, em escala mundial, foram capazes de erradicar diversas doenças. Estima-se que anualmente são salvas cerca de 3 milhões de vidas infantis, enquanto igual número de crianças morrem, acometidas por doenças imunopreveníveis. Na história do Brasil, a introdução de vacinas está ligada ao processo de construção do Estado a partir, sobretudo, da erradicação da varíola, que permitiu a abertura dos portos e a conexão comercial da ex-colônia com o mundo. No entanto, a vacinação nem sempre contou com pleno apoio social. Atualmente, as campanhas de vacinação, simbolizadas na figura do “Zé Gotinha”, são eventos festivos, com alto grau de aceitação. No entanto, houve no passado forte reação à vacinação compulsória, levando em 1904, ao levante popular “Revolta da Vacina”. Hoje o programa nacional de imunização (PNI) brasileiro é considerado exemplar, tanto pela quantidade de vacinas ofertadas, quanto pelas diferentes coortes alcançadas. A despeito do inegável sucesso do programa brasileiro de vacinação e do reconhecimento da vacina como uma potente ferramenta de saúde pública, uma questão importante não é discutida com frequência: onde se localiza (se é que existe) o limite entre o interesse coletivo e a autonomia do cidadão.

**Metodologia:** Há um marco legal que define a vacinação como compulsória e, no caso das crianças, como obrigação dos pais. Há de se ressaltar a dimensão coletiva do direito à saúde e o dever do Estado de adotar medidas para a redução do risco de doença, conforme comando constitucional expresso (Constituição de 1988, art. 196). Assim, aqui se propõe discutir as possíveis tensões e contradições existentes entre as razões do interesse público e do interesse do indivíduo, numa perspectiva crítica ao individualismo. Na forma de ensaio, os autores propõem para uma breve discussão, as idéias de Robert Nozick e John Stuart Mill, tendo como objeto de análise a vacina nas perspectivas tanto do direito à saúde quanto da obrigação do cidadão em contribuir com a saúde da sua comunidade. **Desenvolvimento:** Na proposta libertária criticam-se as atividades do Estado, quando este viola a liberdade de escolha do indivíduo, trazendo-as como ilegítimas. Estes são contra as leis que protegem as pessoas contra si mesmas, sob argumento de que o Estado não deve violar a autonomia do indivíduo em decidir os riscos que quer assumir. Nozick conduz ao ideário de que uma pessoa é a única propriedade de si mesmo e que o consentimento

democrático não é suficiente, deste modo a vacinação compulsória não deveria ser realizada, respeitando-se a escolha dos pais da criança. No utilitarismo a crítica mais evidente é o não respeitar os direitos individuais. Mill tenta salvar o utilitarismo, reformulando-o como uma doutrina mais humana, com a ideologia de que as pessoas devem ser livres para fazer o que quiserem, contanto que não façam mal aos outros, aproximando-se, segundo nossa percepção, mais ao conceito de vacinação como estratégia coletiva de prevenção. **Discussão:** Observa-se que nenhum dos dois autores fornece uma base moral convincente para os direitos do indivíduo (pais) sobre outro que não é autônomo (a criança), pois não estão em mesma condição de igualdade. Neste contexto emerge outro questionamento: Como discutir autonomia do indivíduo que não consegue responsabilizar-se por si mesmo? Aparentemente, o discurso utilitarista vem mais ao encontro da visão sanitária atual, partindo da premissa que segundo a Constituição deve-se proteger as crianças, assegurando-as o direito à vida, sendo dever do Estado cumprir tal tarefa. **Considerações Finais:** Conclui-se que a discussão de autonomia do indivíduo “criança” como receptor de políticas públicas merece mais destaque no cenário brasileiro, salientando à crença dos autores deste ensaio quanto ao valor coletivo da vacinação.

**Palavras-chave:** Vacinação; Estado; Criança.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. *Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_, Ministério da saúde. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da saúde, 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Imunizações 30 anos*. Brasília:Ministério da Saúde, 2003.

MILL, John Stuart. *Utilitarianism*. Indianápolis: Hackett Publishing, 1979 [1861].

NOZICK, Robert. *Anarquia, Estado e utopia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991 [1974].

## **O ATIVISMO JUDICIAL COMO INSTRUMENTO DE EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS E FUNDAMENTAIS: UMA ANÁLISE DA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE FRENTE A META-TEORIA DO DIREITO FRATERO**

**Marli Marlene Moraes da Costa**

Pós-Doutora em Direito (Universidad de Burgos-Espanha). Doutora em Direito (Universidade Federal de Santa Catarina). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Direito Mestrado e Doutorado (Universidade de Santa Cruz do Sul). Email: marlicosta15@yahoo.com.br

**Francielli Silveira Fortes**

Mestre em Direito (Universidade de Santa Cruz do Sul). Professora do Curso de Direito (Universidade de Santa Cruz do Sul). Email: franciellifortes@hotmail.com

**Rodrigo Cristiano Diehl**

Acadêmico do Curso de Direitos (Universidade de Santa Cruz do Sul). Bolsista de Iniciação Científica (FAPERGS). Email: rodrigocristianodiehl@live.com

### **RESUMO**

O presente estudo aborda a judicialização do direito social à saúde, com base em dois pressupostos, o primeiro o seu caráter fundamental garantido pela Constituição da República de 1988 e segundo a transnacionalização desse direito através da meta-teoria do Direito Fraternal. São pontuados e discutidos os aspectos que permeiam a efetivação desse direito através da via judicial, onde resta ao Poder Judiciário como a última *ratio* daqueles que necessitam de prestações específicas de saúde. Cotejado esses aspectos, apresenta-se a problemática da escassez dos recursos públicos e da soberania, onde se deve reconhecer a existência de limites fáticos (como a reserva do possível) e jurídicos (como a reserva parlamentar em matéria orçamentária) implicando determinada relativização no âmbito da eficácia e efetividade dos direitos sociais prestacionais. Ao constatar as insuficiências na atuação por parte do Poder Executivo e Legislativo, cabe ao Poder Judiciário, enquanto promotor da autocorreção das deficiências dos outros poderes, ouvir as demandas sociais, em especial as prestações de saúde que clamam por efetivação, uma vez que o direito a saúde, devido ao seu caráter universal, não pode se limitar as barreiras geográficas - Estados. Para tal empreitada, utilizou-se o método hermenêutico, baseado em levantamento bibliográfico.

**Palavras-chave:** Direito Fraternal; Direito Social à Saúde; Judicialização; Políticas Públicas.

### **ABSTRACT**

This study addresses the legalization of the social right to health, based on two assumptions, the first the fundamental character guaranteed by the Constitution of 1988 and according to the transnationalization of that right through the meta-theory of Fraternal Law. Are pointed and discussed the aspects that permeate the enforcement of this right by judicial process, which is left to the judiciary as the last resort of those who need specific health benefits. Collated these aspects, it presents the problem of scarcity of public resources and sovereignty, which should recognize the existence of factual limits (such as booking possible) and legal (as the parliamentary reservation in

budgetary matters) involving certain relativization under the efficacy and effectiveness of prestacionais social rights. Noting the shortcomings in the performance by the Executive and Legislative, it is for the judiciary, as a promoter of self-correction of the deficiencies of the other powers, hear the social demands, in particular health benefits that call for effective, since the right health, due to its universal character, cannot be limited geographic barriers - States. For such a task, we used the hermeneutic method, based on literature survey.

**Keywords:** Fraternal Law; Legalization; Social Rights to Health; Public Policies.

## INTRODUÇÃO

Na realidade atual, diante da dinâmica dos arranjos sociais e da crescente demanda social pela efetivação dos direitos prestacionais, a judicialização do direito social à saúde, direito fundamental garantido na Constituição da República de 1988, é tema de grande relevância temática e pertinência social nos dias de hoje. Uma vez que, reveste-se de não menor importância e preocupação, a efetivação deste direito através de políticas públicas governamentais, as quais têm se mostrado ineficientes neste intento.

Neste sentido, em razão das exigências sociais emergentes e do papel ativo que passa a assumir o Poder Judiciário há que se considerar a problemática da escassez de recursos públicos frente ao respeito aos princípios que norteiam todo e qualquer ser humano, como aqueles trazidos pela meta-teoria do Direito Fraternal, elencado em um contexto de Estado Democrático de Direito, onde a insuficiência de suportes financeiros nesta senda, exige a adoção de políticas sociais, gerenciamento, alocação e destinação desses recursos. Bem como ainda, é necessária a prevalência de critérios e parâmetros a partir de juízos de ponderação, dos princípios e regras constitucionais em rota de colisão, no momento do julgamento pelo Poder Judiciário ao exarar a decisão de dever prestacional do Estado.

Deste modo, para que se obtenha êxito na pesquisa, o método de abordagem a ser adotado é o hermenêutico, ou seja, está organizado de modo que parte, do geral para o particular, trabalhando-se, inicialmente, aspectos conceituais essenciais à pesquisa, tais como analisar a dupla fundamentalidade do direito social à saúde cautelado pela Constituição e determinar o papel da judicialização neste contexto, bem como identificar os desafios e particularidades relacionados ao direito social à saúde enquanto um direito fundamental, numa perspectiva monográfica e

histórica (método de procedimento), procurando dar-se tratamento localizado no tempo à matéria objeto do estudo.

Em termos de fontes de investigação, tem-se documentação indireta de referência a pesquisa, utilizando-se de documentos bibliográficos (de fontes secundárias): publicações pertinentes à matéria, decisões judiciais, e livros. Sem ter a pretensão de ser exaustiva, o artigo intenta contribuir para o trato das discussões sobre a judicialização do direito social à saúde, suas perspectivas e a necessidade de adoção de políticas públicas e sociais diante da problemática da insuficiência de recursos públicos no âmbito de sua promoção e efetivação.

Por último, convém salientar que o Poder Judiciário exerce um papel importante, constituindo mais do que simplesmente *lócus* onde o direito se concretiza. A sua atuação serve de instrumento para a concreção de normas constitucionais, no que se vislumbra a decisão, como uma resposta da democracia participativa e a função jurisdicional como a função estatal que assegura a realização dos direitos fundamentais e sociais no Estado Democrático de Direito.

### **O Direito Social à saúde como um Direito Humano e fundamental**

O direito à saúde vem garantido na Constituição Federal brasileira especificamente nos termos do seu artigo 6º na expressão de direito social, integrado no capítulo II do Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais – nos quais são reconhecidos como direitos sociais oponíveis ao Estado brasileiro na forma estabelecida pela Constituição.

A Constituição brasileira não só prevê expressamente a existência de direitos sociais em seu artigo 6º, especificando seu conteúdo e forma de prestação conforme artigos 196, 201, 203, 205, 215, 217, entre outros. Importa dizer, que não fez distinção entre os direitos e deveres individuais e coletivos (no Capítulo I do Título II) e os direitos sociais (Capítulo II do Título II), ao “estabelecer que os direitos e garantias fundamentais tenham aplicação imediata” (SARLET, 1998, p. 08)<sup>1</sup> (conforme artigo 5º, § 1º). Assim, o direito social à saúde foi acolhido pela Constituição

---

<sup>1</sup> Tal formulação traduz uma decisão inequívoca do Constituinte no sentido de outorgar às normas de direitos fundamentais uma normatividade reforçada e, de modo especial, revela que as normas de direitos e garantias fundamentais não mais se encontram na dependência de uma concretização pelo legislador infraconstitucional, para que possam vir a gerar a plenitude de seus efeitos. (SARLET, 2007, p. 08).

da República Federativa do Brasil de 1988 como direito fundamental dentro do sistema jurídico brasileiro.

A partir do caráter fundamental do direito social à saúde, outro aspecto intrincado acerca do problema do direito social à saúde, é o fato de que a Constituição não definiu em termos expressos no que consiste o objeto do direito à saúde. Limitando-se a uma referência genérica não expressando se o direito à saúde como direito a prestações abrange todo e qualquer tipo de prestação relacionada à saúde humana ou se este direito encontra-se limitado às prestações básicas e vitais em termos de saúde, isto em que pese os termos do que dispõe os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988.

Restando o questionamento de quem vai definir o que é o direito à saúde e consequentemente quem vai concretizá-lo. Para tanto, a competência legislativa está expressa na Constituição Federal definindo qual é o ente federado responsável. A partir dessa diretiva, o Poder Judiciário, quando acionado, é o órgão que irá interpretar as normas da Constituição e as normas infraconstitucionais que ensejam a concretização do direito social à saúde. Assim, ao legislador compete legislar e ao Judiciário julgar, o problema é saber até que ponto o Judiciário, para concretizar estes direitos, pode e deve agir, ainda que não haja regulamentação ou mesmo havendo políticas públicas.

A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como direito fundamental da pessoa humana. Assim, conforme Sarlet (1998, p. 78), a saúde comunga, na nossa ordem jurídico-constitucional, de uma “dupla fundamentalidade, formal e material da qual se revestem os direitos e garantias fundamentais (e que por essa razão, assim são designados) na ordem constitucional”.<sup>1</sup>

O debate acerca da interpretação do artigo 196 da Constituição em que, a saúde “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante política sociais e

---

<sup>1</sup> A fundamentalidade formal encontra-se ligada ao direito constitucional positivo e, ao menos na Constituição Federal de 1988, desdobra-se em três elementos; a. como parte integrante da Constituição escrita, os direitos fundamentais (e, portanto, também à saúde), situam-se no ápice de todo ordenamento jurídico, cuidando-se, pois, de norma de superior hierarquia; b. na condição de normas fundamentais insculpidas na Constituição escrita encontram-se submetidos aos limites formais (procedimento agravado para modificação dos preceitos constitucionais) e materiais (as assim denominadas “cláusulas pétreas”) da reforma constitucional; c. por derradeiro, nos termos do que dispõe o artigo 5º §1º da Constituição, as normas definidoras de direitos e garantias fundamentais são diretamente aplicáveis e vinculam diretamente as entidades estatais e os particulares. Já a fundamentalidade em sentido material, encontra-se ligada à relevância do bem jurídico tutelado pela ordem constitucional, tendo inquestionável importância da saúde para a vida (e vida com dignidade) humana. (SARLET, 1998, p. 78).

econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, prolifera a partir das teses, que buscam definir como e em que medida o direito constitucional à saúde se apresenta como um direito subjetivo público a prestações positivas do Estado, respaldado pela cautela da via judicial para sua efetivação.

Canotilho (1999, p. 1204) atenta ao fato de que há que se considerar que o direito à saúde não pode continuar sendo reconduzido exclusivamente e irrefletidamente a condição de direito público subjetivo, já que o direito à saúde também manifesta sua atuação na esfera das relações entre particulares, ainda que se possa admitir que a assim denominada “eficácia horizontal dos direitos fundamentais, a vinculação dos sujeitos privados, não possa ser tratada de modo similar à vinculação do poder público”.

Para Sarlet (2010, p. 10), no âmbito da assim denominada dimensão negativa (dos direitos fundamentais como direitos negativos ou de defesa), o direito à saúde não assume a condição de algo que o Estado (ou a sociedade) deve fornecer aos cidadãos, ao menos não como uma prestação concreta. O Estado (assim como os demais particulares) tem o dever jurídico de não afetar a saúde das pessoas, de nada fazer (por isto negativo) no sentido de não prejudicar a saúde. Assim, qualquer ação do poder público (e mesmo de particulares) ofensiva ao direito à saúde “é pelo menos em princípio, inconstitucional, e poderá ser objeto de uma demanda judicial individual ou coletiva, em sede de controle concreto ou abstrato de constitucionalidade”.

Nessa dimensão defensiva do direito à saúde, há que se considerar o “princípio da proibição de retrocesso” (STRECK, 1999, p.31), o qual impede que o legislador venha desconstituir pura e simplesmente o grau de concretização que ele próprio havia dado às normas da Constituição. E, especialmente em matéria de direitos fundamentais sociais, “o que se pretende é evitar que o legislador venha a revogar (no todo ou em parte) uma ou mais normas infraconstitucionais que concretizaram o direito à saúde, constitucionalmente consagrado”. (SARLET, 2007, p.11).

Contudo, o problema não é a revogação em si, pois pode haver a revogação de uma determinada norma para a edição de outra mais benéfica. A dificuldade aqui é propriamente de conteúdo, ou seja, a impossibilidade de se retirarem conquistas já alcançadas neste sentido. Apesar de que, o próprio Canotilho

– acompanhado pela idéia de Sarlet – reconhece que também nestes casos há que se fazer uma ‘ponderação’, pois esta garantia não pode ser considerada de forma absoluta – há certos condicionantes, que Canotilho denomina de ‘fáticas’, que precisam ser observadas, isto é, também aqui deve imperar a razoabilidade de retrocesso – um exemplo típico seria a reforma da previdência, quando é evidente que ela não poderá sobreviver se não forem operados determinados ajustes.

Na dimensão positiva (prestacional), o seu titular, com base nas normas constitucionais que lhe asseguram este direito, pode exigir do poder público (e eventualmente de um particular) alguma prestação material ou benefício ligado à saúde; “é um direito a prestações ao qual deverão ser outorgadas a máxima eficácia e efetividade”. (SARLET, 2007, p. 12).

Embora os direitos sociais impliquem tanto direitos a prestações em sentido estrito (positivos) quanto direitos de defesa (negativos), e ambas as dimensões demandem o emprego de recursos públicos para a sua garantia, é a dimensão prestacional (positiva) dos direitos sociais o principal argumento contrário à sua judicialização. A dependência de recursos econômicos para a efetivação dos direitos de caráter social leva parte da doutrina a defender que “as normas que consagram tais direitos assumem a feição de normas programáticas, dependentes, portanto, da formulação de políticas públicas para se tornarem exigíveis”. (MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p. 829).

### **A efetivação de prestações de saúde: a necessidade de implementação frente a escassez de recursos públicos**

As demandas que buscam a efetivação de prestações de saúde devem ser resolvidas a partir da análise de nosso contexto constitucional e de suas peculiaridades. Frente à necessidade de ponderações, são as circunstâncias específicas de cada caso que serão decisivas para a solução da controvérsia, partindo-se da forma, do texto constitucional e de como ele consagra o direito fundamental à saúde. A expressão do artigo 196 da Constituição Federal estabelece



o direito à saúde como (1) direito de todos<sup>1</sup> e (2) dever do Estado<sup>2</sup>, (3) garantido mediante políticas sociais e econômicas<sup>3</sup> (4) que visem à redução do risco de doenças

<sup>1</sup> É possível identificar na redação do artigo constitucional tanto um direito individual quanto um direito coletivo à saúde. Dizer que a norma do artigo 196, por tratar de um direito social, consubstancia-se tão somente em norma programática, incapaz de produzir efeitos, apenas indicando diretrizes a serem observadas pelo poder público, significaria negar a força normativa da Constituição. A dimensão individual do direito à saúde foi destacada pelo Ministro Celso de Mello, relator do AgR-RE 271.286-8/RS, DJ de 12-09-2000, ao reconhecer o direito à saúde como um direito público subjetivo assegurado à generalidade das pessoas, que conduz o indivíduo e o Estado a uma relação jurídica obrigacional. Ressaltou o Ministro que “a interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional inconsequente”, impondo aos entes federados um dever de prestação positiva. Concluiu que “a essencialidade do direito à saúde fez com que o legislador constituinte qualificasse como prestações de relevância pública as ações e serviços de saúde (artigo 197 da Constituição Federal)”, legitimando a atuação do Poder Judiciário nas hipóteses em que a Administração Pública descumpra o mandamento constitucional em apreço. Não obstante, esse direito subjetivo público é assegurado mediante políticas sociais e econômicas. Ou seja, não há um direito absoluto a todo e qualquer procedimento necessário para a proteção, promoção e recuperação da saúde, independente da existência de uma política pública que o concretize. Há um direito público subjetivo a políticas públicas que promovam, protejam e recuperam a saúde. Em decisão proferida na ADPF-MC 45/DF, DJ de 04-05-2004, o Ministro Celso de Mello consignou o seguinte: “Desnecessário acentuar-se, considerando o encargo governamental de tomar efetiva a aplicação dos direitos econômicos, sociais e culturais, que os elementos componentes do mencionado binômio (razoabilidade da pretensão + disponibilidade financeira do Estado) devem configurar-se de modo afirmativo e em situação cumulativa ocorrência, pois, ausentes qualquer desses elementos, descaracterizar-se-á a possibilidade estatal de realização prática de tais direitos”. Dessa forma, a garantia judicial da prestação individual de saúde, *prima facie*, estaria condicionada ao não comprometimento do funcionamento do Sistema Único de Saúde. (MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p. 832).

<sup>2</sup> O dispositivo constitucional deixa claro que, para além do direito fundamental à saúde, há o dever fundamental da prestação de saúde por parte do Estado (União, Estados, Distrito Federal e Municípios). A competência comum dos entes da federação para cuidar da saúde consta no artigo 23, II, da Constituição Federal. A União, Estados, Distrito Federal e Municípios são responsáveis solidários pela saúde junto ao indivíduo e à coletividade e, dessa forma, são legitimados passivos nas demandas cuja causa de pedir é a negativa, pelo SUS (seja do gestor municipal, estadual ou federal), de prestações na área de saúde. O fato do Sistema Único de Saúde ter descentralizado os serviços e conjugado os recursos financeiros dos entes da federação, com o objetivo de aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, apenas reforça a obrigação solidária e subsidiária entre eles. O financiamento do Sistema Único de Saúde, nos termos do artigo 195, opera-se com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. A Emenda Constitucional n. 29/2000, visando dar maior estabilidade para os recursos de saúde, consolidou um mecanismo de cofinanciamento das políticas de saúde pelos entes da federação. A Emenda acrescentou dois novos parágrafos ao artigo 198 da Constituição, assegurando percentuais mínimos a serem destinados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios para à saúde, visando um aumento e uma maior estabilidade dos recursos. No entanto, o § 3º do artigo 198 dispõe que caberá à Lei Complementar estabelecer: os percentuais mínimos de que trata o § 2º; os critérios de rateio entre os entes; as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde; as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União; além, é claro, de especificar as ações e serviços públicos de saúde. O artigo 200 da Constituição, que estabeleceu as competências do Sistema Único de Saúde – SUS – é regulamentado pelas Leis Federais n. 8.080/90 e n. 8.142/90. O SUS consiste no conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. (MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p. 833).

<sup>3</sup> A garantia mediante políticas públicas e econômicas ressalva a necessidade de formulação de políticas públicas que concretizem o direito à saúde através de escolhas alocativas. É incontestável que, além da necessidade de distribuir recursos naturalmente escassos por meio de critérios distributivos, a própria evolução da medicina impõe um viés programático ao direito à saúde, pois sempre haverá uma nova descoberta, um novo exame, um novo prognóstico ou procedimento cirúrgico,

e de outros agravos<sup>1</sup>, (5) regido pelo princípio do acesso universal e igualitário<sup>2</sup> (6) às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.<sup>3</sup>

É em razão da inexistência de suportes financeiros suficientes para a satisfação de todas as necessidades sociais, que se enfatiza serem a formulação das políticas sociais e econômicas voltadas à implementação dos direitos sociais, especialmente ao direito à saúde, invariavelmente, vinculada a escolhas alocativas. Tais escolhas seguiriam critérios de justiça distributiva (por exemplo, o quanto disponibilizar e a quem atender), configurando-se como típicas opções políticas, as quais pressupõem ‘escolhas trágicas’ pautadas por critérios da macrojustiça. Significa dizer que “a escolha de destinação de recursos para uma política e não para outra leva em consideração fatores como o número de cidadãos atingidos pela política eleita, a efetividade e eficácia do serviço a ser prestado, a maximização dos resultados”. (MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p. 829).

Note-se que para Amaral, o Poder Judiciário, o qual estaria vocacionado a concretizar a justiça do caso concreto (microjustiça), muitas vezes não teria condições de, “ao examinar determinada pretensão a prestação de um direito social, analisar as consequências globais da destinação de recursos públicos em benefício da parte com invariável prejuízo para o todo”. (AMARAL, 2001, p. 179). Contrário a este entendimento, para os defensores da atuação do Poder Judiciário na concretização dos direitos sociais, em especial o direito à saúde, argumentam que tais direitos são indispensáveis para a realização da dignidade da pessoa humana. Assim, “ao menos o mínimo existencial de cada um dos direitos, exigência lógica do princípio da dignidade da pessoa humana, não poderia deixar de ser objeto de apreciação judicial”

---

uma nova doença ou a volta de uma doença supostamente erradicada. (MENDES; COELHO; BRANCO, 2010. p. 834).

<sup>1</sup> Tais políticas visam à redução do risco de doença e outros agravos, de forma a evidenciar sua dimensão preventiva. As ações preventivas na área da saúde foram indicadas como prioritárias pelo artigo 198, II, da Constituição. (MENDES; COELHO; BRANCO, 2010. p. 834).

<sup>2</sup> O constituinte estabeleceu, ainda, um sistema universal de acesso aos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, a Ministra Ellen Gracie, na STA 91-1, DJ de 26-02-2007, ressaltou que, no seu entendimento, o artigo 196 da Constituição refere-se, em princípio, à efetivação de políticas públicas que alcancem a população como um todo. O princípio do acesso igualitário e universal reforça a responsabilidade solidária dos entes da federação, garantindo, inclusive, a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (artigo 7º, IV, da Lei n. 8.080/90). (MENDES; COELHO; BRANCO, 2010. p. 834).

<sup>3</sup> O estudo do direito à saúde no Brasil leva a concluir que os problemas de eficácia social desse direito fundamental devem-se muito mais a questões ligadas à implementação e manutenção das políticas públicas de saúde já existentes – o que implica também a composição dos orçamentos dos entes da federação – do que à falta de legislação específica. Em outros termos, o problema não é de inexistência, mas de execução (administrativa) das políticas públicas pelos entes federados. (MENDES; COELHO; BRANCO, 2010. p. 835).

(MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p. 829). O que mais uma vez, o problema reside em quem decide e determina este mínimo existencial.

Conforme Canotilho (1998, p. 48), embora a problemática dos direitos sociais tenha sido deslocada, em grande parte, para as teorias da justiça, as teorias da argumentação e as teorias econômicas do direito, enfatiza que “havemos de convir que a problemática jurídica dos direitos sociais se encontra hoje numa posição desconfortável”. Resta claro que juízos de ponderação são necessários nesse contexto de complexas relações e efeitos, entre os princípios constitucionais e as diretrizes políticas, nessa linha de prestação dos direitos sociais, especialmente no tocante ao direito constitucional à saúde.

A partir da necessidade dos juízos de ponderação no intuito prestacional do direito social à saúde, Alexy (2008, p. 511) sustenta a necessidade de um modelo que leve em conta todos os argumentos favoráveis e contra os direitos sociais, da seguinte forma:

Considerando os argumentos contrários e favoráveis aos direitos fundamentais sociais, fica claro que ambos os lados dispõem de argumentos de peso. A solução consiste em um modelo de que leve em consideração tanto os argumentos a favor quanto os argumentos contrários. Esse modelo é a expressão da idéia-guia formal apresentada, segundo a qual os direitos fundamentais da Constituição alemã são posições que, do ponto de vista do direito constitucional, são tão importantes que a decisão sobre garanti-las ou não garanti-las não pode ser simplesmente deixada para a maioria parlamentar. De acordo com essa fórmula, a questão acerca de quais direitos fundamentais sociais o indivíduo definitivamente tem é uma questão de sopesamento entre princípios. De um lado está, sobretudo, o princípio da liberdade fática. De outro lado estão os princípios formais da competência decisória do legislador democraticamente legitimado e o princípio da separação dos poderes, além de princípios materiais, que dizem respeito, sobretudo à liberdade jurídica de terceiros, mas também a outros direitos fundamentais sociais e a interesses coletivos.

No entendimento de Krell (2002, p. 51), “a interpretação dos direitos sociais não é uma questão de lógica, mas de consciência social de um sistema jurídico como um todo”. Para tanto, é necessário reconhecer que a efetivação desses direitos não está restrita à vontade dos juristas, dentro dos limites da normatividade jurídica, mas está fatalmente ligada a fatores de ordem material e consequentemente a disponibilidade de recursos.

Nesse contexto, torna-se complexa a interpretação/aplicação das normas constitucionais definidoras dos direitos sociais, na medida em que, de um lado, os seus operadores são obrigados a emprestar-lhe a máxima efetividade e, de outro,

devem observar outros cânones hermenêuticos de igual hierarquia, como os princípios da unidade da Constituição, da ‘correção funcional’ e da ‘proporcionalidade’ ou da ‘razoabilidade’ (na concepção original construída pelo Tribunal Constitucional alemão, em decisão conhecida como “*numerus clausus*”, “quanto à reserva do possível, também esta é uma questão de razoabilidade, mais do que uma questão de disponibilidade financeira de recursos propriamente ditos), as quais não podem interpretar a Lei Fundamental em fatias”. (MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p.827).

Nessa dimensão, também assumem relevo os direitos fundamentais que dependem, na sua realização, de providências estatais com vistas à criação e conformação de órgãos e procedimentos indispensáveis à sua efetivação. Nessa perspectiva, inteligentes são as contribuições de Holmes e Sunstein para o reconhecimento de que, todas as dimensões dos direitos fundamentais têm custos públicos, dando significativo relevo ao tema da ‘reserva do possível’, especialmente ao evidenciar a ‘escassez dos recursos’ e a “necessidade de se fazer escolhas alocativas, ou seja, a partir da perspectiva das finanças públicas, que levar a sério os direitos significa levar a sério a escassez”. (GALDINO, 2005, p.199).<sup>1</sup>

De acordo com Mendes, a reserva do possível, como limite, atua muitas vezes como restrição fática à concreção dos direitos sociais pois,

[...] apesar da realidade da escassez de recursos para bancar políticas públicas de redução de desigualdade, é possível estabelecer prioridades entre diversas metas a atingir, racionalizando a sua utilização, a partir da ideia de que determinados gastos, de menor premência social, podem ser diferidos em favor de outros, reputados indispensáveis e urgentes, quando mais não seja por força do princípio da dignidade da pessoa humana, que, sendo o valor-fonte dos demais valores, está acima de quaisquer outros, acaso positivados nos textos constitucionais. (MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p. 825).

Neste mesmo sentido, Krell (2002, p. 51) entende “ser “falaciosa” a reserva do possível, deplorando a indiferença dos que, de costas voltadas para o que é essencial, não se dão conta de que, se os recursos não são suficientes, deve-se retirá-

---

<sup>1</sup> Na referencial obra *The cost of Rights*, de Cass Sunstein e Stephen Holmes o objeto de análise dedica-se à questão dos custos dos direitos, alegando a tese central de que inexistem direitos e liberdades puramente privadas, senão o exercício de todo e qualquer direito ou liberdade depende fundamentalmente das instituições públicas, e em grande medida, sendo, portanto, igualmente públicos (e custosos). Verificando-se que os custos serão, então, indispensáveis à caracterização dos direitos, entendidos como situações a que o Direito “concede” determinados remédios (jurídicos, portanto), os autores afirmam que todos os direitos são positivos. (GALDINO, 2005, p. 199).

los de outras áreas (transporte, fomento), nas quais sua aplicação não está intimamente ligada aos direitos mais essenciais do homem: sua vida, integridade física e saúde”.

Deve-se reconhecer que a existência de limites fáticos (como a reserva do possível) e jurídicos (como a reserva parlamentar em matéria orçamentária) implica certa relativização no âmbito da eficácia e efetividade dos direitos sociais prestacionais, que, de resto, acabam conflitando entre si, quando se considera que os recursos públicos deverão ser distribuídos para atendimento de todos os direitos fundamentais sociais básicos. Sustenta Sarlet (2007, p. 13) que:

[...] o entendimento, no sentido de que sempre onde nos encontramos diante de prestações de cunho emergencial, cujo indeferimento acarretaria o comprometimento irreversível ou mesmo o sacrifício de outros bens essenciais, notadamente – em se cuidando de saúde – da própria vida, integridade física e dignidade da pessoa humana, haveremos de reconhecer um direito subjetivo do particular à prestação reclamada em juízo.<sup>1</sup>

Portanto, para este autor, a solução, está em buscar, à luz do caso concreto e tendo em conta os direitos e princípios conflitantes, uma compatibilização e harmonização dos bens em jogo, processo este que inevitavelmente passa por uma interpretação sistemática, pautada pela já referida necessidade de hierarquização dos princípios e regras constitucionais em rota de colisão, fazendo prevalecer, quando e na medida do necessário, os bens mais relevantes e observando os parâmetros do princípio da proporcionalidade. (SARLET, 2007, p.14).<sup>2</sup>

### **O Direito Social à saúde e o Direito Fraternal: diálogo necessário**

O direito fraternal se apresenta como uma aposta, um desafio onde classifica-se o outro como um outro - eu, meu irmão, considerado alguém com quem

---

<sup>1</sup>Cabe lembrar que, nesta linha de entendimento, um direito subjetivo a prestações não poderá abranger – em face dos limites já referidos – toda e qualquer prestação possível e imaginável, restringindo-se, onde não houver previsão legal, às prestações elementares e básicas. Neste sentido, cumpre referir paradigmática formulação enunciada pelo Tribunal Federal Constitucional da Alemanha, ao lembrar que o particular poderá reclamar do Estado apenas algo que seja razoável. Assim, não parece razoável compelir o Estado a pagar tratamento dentário de cunho não imprescindível, ou mesmo fornecer determinado medicamento, quando existe outro similar em eficácia, mas de custo menor. (SARLET, 2007)

<sup>2</sup> Tal concepção foi acolhida nos Embargos Infringentes n.598526481, 4º. Grupo de Câmaras Cíveis, REL. Des. Luiz Felipe Brasil Santos, 11.06.99, com a tese em prol do reconhecimento de um direito subjetivo à saúde como prestação, bem como o comprometimento, pelo menos de larga parcela do Poder Judiciário, com a causa da vida e da dignidade da pessoa humana. (SARLET, 2007)

se pactue algo. Essa pactuação não deve ser encarada como uma mera nomenclatura, como é o caso dos Pactos pela Saúde, como observado na Portaria número 91, de 10 de janeiro de 2007, onde assevera o compromisso público dos setores do Sistema Único de Saúde - SUS com base nos princípios constitucionais. Para que todos tenham direito à saúde, é necessário efetivar o pacto pela vida, a defesa do Sistema Único de Saúde e a gestão compartilhada, uma vez que, sem quinhoar com o outro como um outro - eu, é impossível pensar na vida, até porque é difícil definir seu início ou seu fim, vide, como exemplo, as grandes discussões atuais a respeito das células-tronco.

Portanto, ao analisar o outro através de mim, e através dos novos pactos a fazer pela saúde e não poder-se-á mais aceitar que os níveis de saúde sejam diferentes conforme a renda ou escolaridade, por exemplo. É o que nos alerta o relatório da CNDSS - Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (200\_, s/p):

A Região Nordeste, como esperado, apresenta as maiores taxas de mortalidade na infância em todos os quintis de renda, particularmente no primeiro quinto, embora a tendência histórica seja também de queda no decorrer dos anos. Se, em 1990, a taxa era de 95,7%, declina para 64% em 2000 e 56,4%, em 2005. Importante destacar que, quando esse estrato é comparado com o das demais regiões do Centro-Sul, constata-se diminuição nos diferenciais, no decorrer dos anos.

Neste contexto, interessante se faz os ensinamentos de Rodotà (2006), onde questiona-se: a quem pertence o corpo das crianças nascidas nos nordestes do mundo? De que modo considera-se estas crianças desde a perspectiva do pressuposto da fraternidade, da solidariedade? Que regras mínimas de convivência se está estabelecendo? Que juramentos conjuntos se faz? Estas respostas certamente podem e devem ser dadas pelas políticas sociais, que de algum modo devem ter em conta populações – como esperado – tradicionalmente mais vulneráveis. O direito fraterno faz ver a necessidade não mais de um soberano que explora, mas de um soberano que, perdendo sua posição superior, é um irmão, um outro - eu.

Para efetivar uma política de saúde adequada, é necessário que os atores envolvidos nela participem do processo desde sua gestão até sua implementação. É neste sentido que o direito à saúde pode ser resgatado e efetivado, pois não basta dizer que saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, é preciso criar

condições para que este direito seja efetivado, e isso se dará somente através de políticas públicas que respeitem as diferenças locais e que apresentem uma estrutura global, pois os problemas de saúde não são territorialmente limitados.

Diante dos aspectos levantados, observa-se uma contínua reflexão sobre o novo papel dos sistemas sociais em uma sociedade globalizada, onde o ciúme deve ser imediatamente substituído por colaboração, pelo pacto entre iguais, pois somente por meio deste será possível construir novas formas constitucionais que sejam, efetivamente, fraternas e inclusivas. Acerca disso, Resta apresenta alguns aspectos sobre a soberania dos Estados e sua superação:

Sem a superação do dogma da soberania dos estados, não se poderá nunca colocar o problema do pacifismo. Só por um certo período de tempo, mais ou menos longo, a humanidade, disse Kelsen, se divide em Estados: e não dito que o deva fazer para sempre. O Estado aparece como um produto relativo de um tempo histórico bem definido, que coincide com esse tempo convencionalmente chamado "modernidade". Superar o dogma da soberania deve ser então a "tarefa infinita" que uma cultura jurídica-política deve com fadiga levar adiante." (RESTA, 1992, p. 09). (Tradução livre).

Seguindo os pressupostos do direito fraterno, se depara com a ideia da não limitação geográfica e/ou política para o respeito aos direitos. Assim, o direito à saúde deve ser um direito universalmente reconhecido; não deveria se limitar aos contornos do Estado-Nação, pois nele mesmo observa-se diferenças significativas. Neste sentido, Petrella (2005), questiona se ainda é possível fazer sociedade diante da realidade de desrespeito aos bens comuns da humanidade e da crescente privatização dos meios úteis para a vida na terra, como é o exemplo do acesso a água potável e da necessidade, cada vez mais imposta, de se adquirir um plano privado para a garantir de vida menos turbulenta após os sessenta e cinco ainda. Assim, ainda de acordo com o autor, parece que o homem não é mais gestor nem proprietário de nenhum bem de interesse geral, tendo perdido todos os vínculos pelo fato de não ter mais nada em comum com os outros homens.

Estas reflexões levaram o autor a pensar em um outro tipo de direito, fundamentado na obrigatoriedade universalista de respeitar os direitos humanos. Vislumbra-se que o Direito Fraterno está no âmbito dos temas referentes aos Direitos Humanos e da necessidade de sua universalização. Estes se destinam a todo e qualquer ser humano, não porque pertença a um ou outro território, siga esta ou aquela cultura ou, ainda, tenha uma descendência determinada, mas tão somente porque tem humanidade. É um direito que tem como fundamento a humanidade, o "ter

humanidade”, uma humanidade repleta de diferenças compartilhadas e de uma comunhão de juramentos, de comprometimentos, de responsabilidades.

A sociedade atual é o locus tanto do respeito como do desrespeito aos e com os direitos humanos. Uma das tarefas do Direito Fraternal é justamente atentar para esta responsabilidade de cada um de nós, de cada homem e mulher, de cada criança e idoso, enfim, de cada um que compartilha o caráter de humanidade. É assim que se apresenta o pressuposto do direito fraternal, que tratam de dar uma nova dimensão para o entendimento dos direitos humanos, e portanto do direito à saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em conta que atualmente o Poder Judiciário brasileiro vem exercendo papel ativo na concretização do direito social à saúde, na maioria das vezes em razão da ausência e/ou inefetividade de políticas públicas que façam frente às crescentes demandas de uma sociedade plural e complexa, observa-se uma tendência de esvaziamento do próprio Poder Executivo enquanto promotor dessas políticas. De outra banda, as demandas sociais, em especial as prestações de saúde clamam por efetivação, sendo imperiosa a presença do Poder Judiciário, enquanto promotor da auto-correção das deficiências dos outros Poderes.

Portanto, o presente estudo se justifica pela necessidade de abertura da jurisdição constitucional, protagonizada pela Jurisdição Constitucional Aberta, frente às informações pautadas na Audiência Pública da Saúde, vez que o direito social à saúde integra a grandeza normativa constitucional respaldada, neste contexto, na noção de Constituição Aberta de Peter Häberle.

A importância aferida desta compreensão é de grande relevância para toda a sociedade e não apenas aos profissionais do direito. Neste sentido pressupõe-se a sociedade ‘aberta’, voltada para a participação integradora no processo interpretativo legitimado pela Constituição Democrática, frente a uma nova transformação hermenêutica acerca do judiciário. De fato, mais que a revelação da vontade constitucional, a atuação da Jurisdição Constitucional, nesta senda, vem favorecer respostas hermenêuticas legitimadoras à referida demanda social, já que a norma jurídico-constitucional deixa de ser vista como pressuposto dogmático e passa a ser encarada como resultado da interpretação, configurada pela intervenção do *amicus curiae* neste processo.



## REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. Trad. Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez e escolha**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

CANOTILHO, J. J. G. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 3ª Ed., Coimbra: Almedina, 1999.

CNDSS - Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde. **Relatório. 200\_**. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br>>. Acesso em 20 de setembro de 2013.

GALDINO, Flávio. **Introdução à Teoria dos Custos dos Direitos**: Direitos não Nascem em Árvores. Capítulo X. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

KRELL, Andreas J. **Direitos Sociais e Controle Judicial no Brasil e na Alemanha**. Os (des)caminhos de um direito constitucional comparado. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 2002.

MENDES, G. F.; COELHO, I. M.; BRANCO, P. G. G. **Curso de Direito Constitucional**. 5ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

PETRELLA, Riccardo. **Il manifesto dell'acqua**: Il diritto alla vita per tutti. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 2005.

RESTA, Eligio. **La certezza e la speranza**. 2 ed. Roma: Bari, 1992.

RODOTÀ, Stefano. **La vita e le regole** – Tra diritto e non diritto. Milano: Feltrinelli, 2006.

SARLET, Ingo W. **A eficácia dos Direitos Fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998.

\_\_\_\_\_, Ingo W. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE)**, Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, n.11, setembro/outubro/novembro, 2007.

STRECK, Lênio L. **Hermenêutica jurídica e(m) crise**. Uma exploração hermenêutica da construção do Direito. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1999.

## **DIREITO À VIDA E DIREITO À SAÚDE X DIREITO À LIBERDADE RELIGIOSA NOS CASOS DE TRANSFUSÃO DE SANGUE EM PACIENTES TESTEMUNHAS DE JEOVÁ**

**Jhonata Goulart Serafim**

Acadêmico do Curso de Direito da Unesc (Universidade do Extremo Sul Catarinense). Bacharel em História (UNESC). Pesquisador do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Bolsista do PIC-170 (UNESC). Email: jhonata\_goulart@hotmail.com

**Reginaldo de Souza Vieira**

Doutor e Mestre em Direito – PPGD/UFSC. Líder do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Professor Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC. Advogado. Email: prof.reginaldovieira@gmail.com

### **RESUMO**

Este artigo tem como objetivo principal observar em dois âmbitos, as soluções que envolvem a questão da colisão entre direitos fundamentais contidas na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, sendo no caso *in examine*, o direito à vida e o direito à saúde em face do direito à liberdade religiosa, exemplificada na recusa do uso de transfusões de sangue pelos testemunhas de jeová. O estudo se divide em duas partes, na primeira, será analisada a literatura jurídica, em especial, os princípios a unidade, harmonização, proporcionalidade e ponderação; na segunda parte, será colacionado julgados com o intuito de procurar visualizar as tendências e posicionamentos firmados pelos tribunais sobre o tema. Utilizou-se nessa pesquisa o método de abordagem dedutivo e como método de procedimento o monográfico.

**Palavras-chave:** Princípios; Jeová; Vida; Liberdade; Saúde.

### **ABSTRACT**

This article aims to observe in two areas, the solutions involving the issue of conflict between fundamental rights contained in the Constitution of the Federative Republic of Brazil in 1988, and in the case review, the right to life and right to health in the face of right to religious freedom, exemplified in denial of the use of blood transfusions by Jehovah's Witnesses. The study is divided into two parts, the first will be considered the legal literature, in particular the principles of unity, harmonization, proportionality and balance; in the second part, will be judged collated in order to view search trends and positions entered into by the courts on the issue. Was used in this research the method of deductive approach as a method of procedure and the monographic.

**Keywords:** Principles; Jehovah; life; freedom; health.

## INTRODUÇÃO

No caso *in examine*, tem-se aparente conflito entre dois direitos fundamentais, ambos positivados no texto magno, no seu art. 5º, *caput*, in verbis: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]” (BRASIL, 2014).

Este conflito complexo e presente na nova dogmática constitucional estão na esfera jurídica do que os juristas denominam de “colisão de direitos fundamentais” tema este que apresenta uma diversidade de princípios com as quais a doutrina não é totalmente unânime, já que a constituição não dispõe sobre a solução destes conflitos. Todavia, nesta ceara de princípios que devem ser utilizados com o escopo de resolver os conflitos de direitos fundamentais, alguns se destacam: o princípio da unidade, da harmonização, proporcionalidade e o princípio da ponderação.

Utilizou-se nessa pesquisa o método de abordagem dedutivo e como método de procedimento o monográfico

## DESENVOLVIMENTO

### **Considerações doutrinárias sobre a resolução da colisão entre direitos fundamentais da pessoa humana**

A literatura jurídica se faz muito importante no momento de tomada de decisões sobre temas tão complexos, como este que lida com princípios fundamentais positivados na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. E é sempre mister mencionar que a CRFB/1988 é tida como avançada justamente por ter colocado em primeiro lugar entre a diversidade de direitos, os direitos fundamentais da pessoa humana.

Antes da análise dos princípios do tema enfrentado, cabe citar a literatura jurídica que diz:

Embora o texto constitucional brasileiro não tenha privilegiado especificadamente determinado direito, na fixação das cláusulas pétreas (CF, art. 60, § 4ª), não há dúvida de que, também entre nós, os valores vinculados

ao princípio da dignidade da pessoa humana assumem peculiar relevo (CF, art. 1<sup>a</sup>, III). (MENDES, COELHO, BRANCO, 2000, p. 299)

Os autores deixam transparecer que em eventual colisão entre direitos fundamentais (sentido estrito), prevalecerá aquele que contemplar e tangenciar melhor o princípio da dignidade da pessoa humana, expresso no art. 1, inciso III da CRFB/1988, como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, o que para a maioria da literatura jurídica constitucional, é fundamento para os demais direitos fundamentais. (NOVELINO, 2007, p. 161).

Ensina ainda Alexandre de Moraes, que:

Os direitos humanos fundamentais, dentre eles os direitos e garantias individuais e coletivos consagrados no art. 5.º da Constituição Federal, não podem ser utilizados como um verdadeiro escudo protetivo da prática de atividades ilícitas, nem tampouco como argumento para afastamento ou diminuição da responsabilidade civil ou penal por atos criminosos, sob pena de total consagração ao desrespeito a um verdadeiro Estado de Direito. (2003, p. 60)

Os direitos fundamentais devem servir de guarda para tutelar as garantias constitucionais ofertadas pelo legislador constituinte, e não devem ser usadas para solapamento de outros direitos individuais.

Não há unanimidade por parte da literatura jurídica na existência ou não de uma espécie de “hierarquia” entre os direitos fundamentais.

Embora não se possa negar que a unidade da Constituição não repugna a identificação de normas de diferentes pesos numa determinada ordem constitucional, é certo que a fixação de uma rigorosa hierarquia entre diferentes direitos individuais acabaria por desnaturá-los por completo, desfigurando também a Constituição enquanto complexo normativo unitário e harmônico. Um a valoração hierárquica diferenciada de direitos individuais somente é admissível em casos especialíssimos. (MENDES, COELHO, BRANCO, 2000, p. 283)

Portanto, em regra, não pode haver distinções entre os direitos fundamentais, em virtude do texto constitucional ser unitário e harmônico, e que esses juízos de valor somente de dariam no bojo de real colisão entre direitos fundamentais, como no caso estudado, para justamente não dar margem à arbitrariedade e discricionariedade exagerada.

Pedro Lenza (2009) apresenta que o princípio da Unidade compreenderia analisar um direito fundamental à luz dos demais, para que não ocorra a contradições entre os demais. Já o princípio da Harmonia, em decorrência da Unidade da

Constituição, seria a busca por uma solução harmoniosa entre os princípios em choque, para assim chegar a um resultado com sacrifícios reduzidos para os princípios conflitantes Para Barroso: “[...] não existe hierarquia em abstrato entre tais princípios, devendo a precedência relativa de um sobre o outro ser determinada à luz do caso concreto” (2009, p. 329).

Outro princípio importante que influencia no momento da resolução de colisão de direitos fundamentais é o da proporcionalidade (razoabilidade). E sobre este princípio, evoca-se novamente a reflexão de Pedro Lenza, que apresenta que este deve conter 3 elementos:

*Necessidade*: por alguns denominada de exigibilidade, a adoção da medida que possa restringir direitos só se legitima se indispensável para o caso concreto e não se puder substituí-la por outra menos gravosa. *Adequação*: também denominada de pertinência ou idoneidade, que significa que o meio escolhido deve atingir o objetivo perquirido. *Proporcionalidade em sentido estrito*: em sendo a medida necessária e adequada, deve-se investigar se o ato praticado, em termos de realização do objetivo pretendido, supera a restrição a outros valores constitucionalizados. Podemos falar em máxima efetividade e mínima restrição. (2009, p. 97)

Proporcionalidade, em apartada síntese, compreende uma análise sobre o caso concreto, levando-se em conta a real necessidade de se escolher por um direito fundamental observado o mais adequado para a situação específica, e optar por aquele colidente que dê à decisão escolhida, legitimidade para que não provoque maiores danos a ambos os princípios e demais que constantes na Constituição.

Partindo-se para uma visão um pouco mais atual sobre a interpretação constitucional e solução das colisões de direitos individuais do homem, aparece por entre os doutrinadores, um outro princípio que vai ao encontro dos outros princípios explorados anteriormente. Este é o princípio da ponderação, defendida pelo professor Luis Roberto Barroso:

[...] extrai-se que a ponderação ingressou no universo da interpretação constitucional como uma necessidade, antes que como uma opção filosófica ou ideológica. É certo, no entanto, que cada uma das três etapas descritas acima – identificação das normas pertinentes, seleção dos fatos relevantes e atribuições gerais dos pesos, com a produção de uma conclusão – envolve avaliações de caráter subjetivo, que poderão variar em função das circunstâncias pessoais do intérprete e de tantas outras influências. (2009, p. 335)

Barroso expressa que este novo método de resolução destas colisões, possui 3 etapas: a primeira seria a triagem das normas constitucionais envolvidas com

o caso, a segunda seria examinar os fatos específicos do caso estudado e sua interação com as normas conflitantes, e a terceira etapa, a decisiva, em que apresenta a junção de todas as normas constitucionais com as circunstâncias concretas do caso, atribuindo-se pesos em todas as relações apresentadas, tentando perceber em qual das normas em exame irá preponderar perante as demais. O autor ainda esclarece que este princípio da ponderação, que está sendo muito utilizado nos julgados do Supremo Tribunal Federal, encontra-se fortemente ligado ao princípio da razoabilidade-proporcionalidade, e que também pode trazer consequências desastrosas se evocado equivocadamente. (BARROSO, 2009, p. 336).

### **Direito à vida e direito à saúde x direito à liberdade religiosa na jurisprudência**

Uma das formas de legitimação das decisões sobre as colisões entre direitos fundamentais, além da utilização dos princípios abordados acima, seria a verificação do posicionamento majoritário dos magistrados brasileiros sobre o assunto na prática, ou seja, a análise jurisprudencial sobre o tratamento de testemunhas de Jeová e a transfusão de sangue.

A jurisprudência formada sobre o assunto concentra seu entendimento em 3 casos principais: quando o paciente estiver em gozo pleno de suas faculdades mentais, quando o paciente está em iminente perigo de vida, e quando se tratar de paciente incapaz (não consegue expressar seu desejo em gozo pleno de suas faculdades mentais).

Frisa-se deste primeiro julgado da Corte de justiça gaúcha:

Agravo de instrumento. Direito privado não especificado. Testemunha de jeová. Transfusão de sangue. Direitos fundamentais. Liberdade de crença e dignidade da pessoa humana. Prevalência. Opção por tratamento médico que preserva a dignidade da recorrente. A decisão recorrida deferiu a realização de transfusão sanguínea contra a vontade expressa da agravante, a fim de preservar-lhe a vida. A postulante é pessoa capaz, está lúcida e desdeo primeiro momento em que buscou atendimento médico dispôs, expressamente, a respeito de sua discordância com tratamentos que violem suas convicções religiosas, especialmente a transfusão de sangue. Impossibilidade de ser a recorrente submetida a tratamento médico com o qual não concorda e que para ser procedido necessita do uso de força policial. Tratamento médico que, embora pretenda a preservação da vida, dela retira a dignidade proveniente da crença religiosa, podendo tornar a existência restante sem sentido. Livre arbítrio. Inexistência do direito estatal de "salvar a pessoa dela própria", quando sua escolha não implica violação de direitos sociais ou de terceiros. Proteção do direito de escolha, direito calcado na preservação da dignidade, para que a agravante somente seja

submetida a tratamento médico compatível com suas crenças religiosas. Agravo provido. (Rio Grande do Sul, 2013)

No primeiro caso, do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, em que a paciente testemunha de Jeová estava em gozo pleno de suas faculdades mentais, e não apresentava iminente perigo de morte, lhe é facultada a opção de realizar ou não a transfusão de sangue, tendo em vista que não fere o princípio maior de salvar a vida e proteger a saúde, pois há o direito a opção pelo tratamento o paciente. Neste caso, segundo decidiu a corte sulina, houve infração a dignidade da pessoa humana no que tange ao direito à liberdade de escolha do melhor tratamento, que estivessem em consonância com sua posição religiosa. Ou seja, neste caso, o tribunal ao alinhar dos dois direitos fundamentais, decidiu que o direito à liberdade prevaleceu, naquele momento, perante o direito à vida, dando provimento ao agravo impetrado pela testemunha de Jeová.

Em outro caso peculiar, extrai-se do acórdão julgado também pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, apelação n. 132.720.4/9, sob a relatoria do desembargador Boris Kauffmann:

Vítima de um acidente automobilístico, Vivian Miranda D'Hipólito Paião foi internada na Unidade de Tratamento Intensivo da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, ocasião em que seu marido alertou ser ela adepta da seita testemunhas de Jeová, **apresentando um documento por ela subscrito, denominado "Diretrizes Antecipadas Relativas a Tratamentos de Saúde e Outorga de Procuração"**, no qual há expressa recusa a tratamentos que impliquem em transfusões de sangue e seus derivados. O nosocômio, partindo do reconhecimento da absoluta necessidade da realização da transfusão, requereu e obteve, liminarmente, autorização para tanto. (SÃO PAULO, 2013a)

As testemunhas de Jeová, com o objetivo de serem identificados em instituições hospitalares como praticantes de tal religião, se utilizam de um documento do qual expressão, em subscrevem, que recusam qualquer procedimento médico a base de sangue. No entanto, tendo em vista a necessidade do procedimento hospitalar, o iminente perigo de vida e à saúde, e o não gozo pleno no momento da paciente em expressar a recusa ao procedimento, o juiz *a quo* foi pelo deferimento da medida de urgência proposta pela instituição hospitalar, mesmo contrariando documento expresso da paciente. O relator acompanhado pelos demais membros da respectiva câmara, desproveram o recurso de apelação proposta pelo marido da paciente em obstar o procedimento de transfusão de sangue, pois novamente, ao

pesar os dois direitos fundamentais, o direito à vida saiu privilegiado. O desembargador assim ponderou:

Não se pode negar, todavia, que os vários direitos previstos nos incisos do art. 5<sup>a</sup> da Constituição Federal ostentam uma certa gradação em relação a outro direito, este estabelecido no *caput* do referido artigo: o direito à vida. Assim, se com base em sólido entendimento médico-científico, ainda que divergências existam a respeito, para a preservação daquele direito seja necessária a realização de terapias que envolvam transfusão de sangue, mesmo que atinjam a crença religiosa do paciente, estas terão de ser ministradas, pois o direito à vida antecede o direito à liberdade de crença religiosa. (SÃO PAULO, 2013a)

Percebe-se que o princípio da ponderação esteve presente nas razões de decidir do dito órgão *ad quem*, pois este relacionou os direitos em choque, os fatos do caso concreto, e ao efetuar os pesos, percebeu que o direito à vida pesou mais.

Caso polêmico ocorre quando a colisão dos direitos ocorre com menores de idade, pois há divergências tanto na literatura jurídica quanto na jurisprudência em relação até que ponto iria à legitimidade do desejo da criança ou adolescente em transfundir ou não seu sangue, ou até que ponto iria o poder familiar dos genitores em decidir esta questão. Bastos (2001), salienta que:

Sabe-se que o pátrio poder inclui a tomada das decisões que envolvem toda a vida dos filhos menores sob sua tutela. Não se pode negar, pois, a tomada de decisões pelos pais, desde que os filhos sejam atingidos pela incapacidade jurídica para decidirem por si mesmos. A decisão sobre não submeter-se a determinado tratamento médico, como visto, é perfeitamente legítima e, assim, inclui-se, como qualquer outra, no âmbito de decisão dos pais quando tratar-se de filho menor de idade.

Para Bastos, com base também na lei n. 8069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), os pais têm sim a liberdade de escolher pela recusa em tratar seus filhos pelo método da transfusão de sangue exercendo sua dignidade de poder escolher o que consideram melhor para o filho menor.

Inclusive, um caso de recusa dos pais em autorizar a transfusão de sangue, o que ocasionou a morte da filha, levou o Ministério Público a denunciar estes e o médico, que também era testemunha de Jeová e apoiou a recusa da transfusão, pelo crime de homicídio (art. 121, CP). Segue, ementa do recurso criminal julgado pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, *verbis*:

**Homicídio.** Sentença de pronúncia. **Pais** que, segundo consta, impedem ou retardam **transfusão de sangue na filha**, por motivos religiosos,



provocando-lhe a morte. Médico da mesma religião que, também segundo consta, os incentiva a tanto e ameaça de processo os médicos que assistiam a paciente, caso realizem a intervenção sem o consentimento dos pais. Ciência da inevitável consequência do não tratamento. Circunstâncias, que, em tese, caracterizam o dolo eventual, e não podem deixar de ser levadas à apreciação do júri. Recursos não providos. (SÃO PAULO, 2013b)

A posição de Bastos, não é este o posicionamento jurisprudencial dominante. O julgado abaixo transcrito segue nessa linha:

Agravo de instrumento – transfusão de sangue em menor – pais seguidores da religião ‘testemunhas de Jeová’ – autorização dada ao hospital pelo juízo da infância e juventude – apelação – fungibilidade recursal – intempestividade do recurso.

1.A autorização para transfusão de sangue em menor, dada pelo Juízo da Infância e Juventude, desafia a apelação. Não constitui, porém, erro grosseiro a interposição de agravo de instrumento, cujo prazo recursal é o mesmo da apelação prevista no ECA, sendo aplicável a fungibilidade recursal.

2. A ciência inequívoca dos pais acerca da transfusão sanguínea antes da intimação formal do advogado constituído elide a exigência de fazer constar expressamente na procuração ‘et extra’ os poderes especiais para citação. Na hipótese, o prazo do recurso deve ter início a partir da intimação do advogado nos autos.

3. Recurso não conhecido. Unânime.

(20060020045004 DF, Relator: Sandra de Santis, Data de Julgamento: 12/07/2006, 6ª Turma Cível, Data de Publicação: DJU 31/08/2006) (Distrito Federal, 2013).

O que se percebe da decisão do Tribunal de Justiça de Distrito Federal e Territórios, é que a decisão dos pais, testemunha de Jeová, em recusar a transfusão de sangue em filho fora substituída por decisão judicial, preferida pelo juízo *a quo*, motivando o apelo, que fora negado pelo juízo recursal, comprovando mais uma vez, a prevalência do direito à vida e a proteção da saúde, em decorrência do direito à liberdade de crença dos pais. O que se viu, foi o reconhecimento de que o direito à vida e a recuperação da saúde da criança ou adolescente pertence ao ser humano, ao indivíduo, e não aos seus pais (LEME, 2004).

## METODOLOGIA

Utilizou-se nessa pesquisa o método de abordagem dedutivo e como método de procedimento o monográfico, com pesquisa bibliografia na doutrina constitucional, bem como jurisprudencial.

## RESULTADOS/DISCUSSÃO

O que se pode perceber é que o caso da colisão dos direitos fundamentais entre o Direito à vida e direito à liberdade religiosa das Testemunhas de Jeová, não há outra solução aos operadores do Direito senão recorrerem a técnica da ponderação - atualmente usada pelo STF - entre os direitos aplicando-se a cada caso concreto, visto que na órbita do Direito Constitucional, não existe hierarquia entre direitos fundamentais, como o Direito à vida e à liberdade religiosa.

## CONCLUSÃO

Pode-se perceber com o estudo desenvolvido, que os operadores do direito, ao se depararem com a colisão de direitos, dispõem de uma série de recursos e princípios, que utilizados de forma adequada e ponderada, proporcionam a realização da justiça e a pacificação social, premissas essas que devem sempre seguir concomitantemente o exercício jurisdicional e a atuação do direito na prática.

Assim, muito embora o legislador constitucional não tenha pensado em versar no texto magno sobre as possibilidades de resolução da colisão entre direitos e princípios fundamentais da pessoa humana, a doutrina e a jurisprudência, mais uma vez, fizeram o seu papel importante de complementação da legislação constitucional e infraconstitucional, para o bom andamento do sistema jurídico como um todo. Portanto, no caso em tela, apesar da importância da liberdade religiosa enquanto direito fundamental, constatou-se a prevalência da proteção a saúde como um direito fundamental e a vida como condição para existência humana.

## REFERÊNCIAS

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. São Paulo: Saraiva, 2009.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Direito de recusa de pacientes submetidos a tratamento terapêutico às transfusões de sangue, por razões científicas e convicções religiosas**. Disponível em: <[www.crianca.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=634](http://www.crianca.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=634)>. Acesso em 14 Nov. 2011.

LEME, Ana Carolina Reis Paes. **Transfusão de sangue em testemunhas de Jeová**. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/6545/trafusao-de-sangue-em-testemunhas-de-jeova>>. Acesso em 14 Nov. 2011.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 13. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2009.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Hermenêutica constitucional e direitos fundamentais**. Brasília, DF: Brasília Jurídica, 2000.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 13. ed. atual. São Paulo: Atlas, 2003.

NOVELINO, Marcelo. **Direito constitucional para concursos**. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Agravo de Instrumento nº 2006 00 2 004500-4 AGI. Relator: Desa. Sandra de Santis. Brasília, DF, 12 de julho de 2006. **Diário Oficial do Estado**. Brasília, 31 ago. 2006. Disponível em: <<http://pesquisajuris.tjdft.jus.br/IndexadorAcordaos-web/sistj?visaold=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.VisaoBuscaAcordaoGet&idDocumento=252588>>. Acesso em: 19 out. 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Agravo de Instrumento nº 70032799041. Relator: Des. Cláudio Baldino Maciel. Porto Alegre, RS, 06 de maio de 2010. **Diário Oficial do Estado**. Porto Alegre, 03 ago. 2010. Disponível em: <[http://google8.tjrs.jus.br/search?q=cache:www1.tjrs.jus.br/site\\_php/consulta/consulta\\_processo.php?nome\\_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao\\_fonetica=1&tipo=1&id\\_comarca=700&num\\_processo\\_mask=70032799041&num\\_processo=70032799041&codEmenta=3657411+70032799041&site=ementario&client=buscaTJ&access=p&ie=UTF-8&proxystylesheet=buscaTJ&output=xml\\_no\\_dtd&oe=UTF-8&numProc=70032799041&comarca=Caxias+do+Sul&dtJulg=06-05-2010&relator=Claudio+Baldino+Maciel](http://google8.tjrs.jus.br/search?q=cache:www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?nome_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao_fonetica=1&tipo=1&id_comarca=700&num_processo_mask=70032799041&num_processo=70032799041&codEmenta=3657411+70032799041&site=ementario&client=buscaTJ&access=p&ie=UTF-8&proxystylesheet=buscaTJ&output=xml_no_dtd&oe=UTF-8&numProc=70032799041&comarca=Caxias+do+Sul&dtJulg=06-05-2010&relator=Claudio+Baldino+Maciel)>. Acesso em: 19 out. 2013.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação nº 0072694-07.1999.8.26.0000. Relator: Des. Boris Kauffmann. São Paulo, SP, 26 de junho de 2003. **Diário Oficial do Estado**. São Paulo, 10 jul. 2003. Disponível em: <<http://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=1568636&cdForo=0>>. Acesso em: 19 out. 2013a.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. Recurso em Sentido Estrito nº 0000338-97.1993.8.26.0590. Relator: Des. Francisco Bruno. São Paulo, SP, 28 de janeiro de 2010. **Diário Oficial do Estado**. São Paulo, 10 fev. 2010. Disponível em: <<http://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=4307025&cdForo=0>>. Acesso em: 19 out. 2013b.

## O SISTEMA DE PROTEÇÃO JUDICIAL DOS DIREITOS SOCIAIS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO BRASIL

**Francielli Silveira Fortes**

Mestre em Direito (Universidade de Santa Cruz do Sul). Professora do Curso de Direito (Universidade de Santa Cruz do Sul). Email: franciellifortes@hotmail.com

**Rodrigo Cristiano Diehl**

Acadêmico do Curso de Direito (Universidade de Santa Cruz do Sul). Bolsista de Iniciação Científica (FAPERGS). Email: rodrigocristianodiehl@live.com

**Rosane Teresinha Carvalho Porto**

Doutoranda e Mestre em Direito (Universidade de Santa Cruz do Sul). Professora do Curso de Direito (Universidade de Santa Cruz do Sul). Email: rosaneporto@unisc.br

### RESUMO

O presente trabalho trata da judicialização dos direitos sociais no Brasil e seus critérios de fundamentação à sua implementação pelo Judiciário, no qual implica diretamente ao impacto nos cofres públicos. Necessário a análise dos critérios que vão fundamentar a decisão judicial que manda implementar tal prestação conseqüentemente seu custo ao Poder Público. Assim, importante considerar as evoluções que sofreu o Estado, no qual veio contemplar direitos sociais aos cidadãos. De fato, a judicialização dos direitos sociais, pela via jurisdicional, deve conter critérios e parâmetros quando da fundamentação da decisão implementadora de tais direitos, como mecanismo de diminuição aos impactos econômicos dos cofres públicos. E mais, importante ainda, é a adoção de políticas públicas preventivas e de participação da sociedade, numa lógica de interação dialógica e preventiva no curso das demandas por direitos sociais no cenário brasileiro. Para tal empreitada, utilizou-se o método hermenêutico, baseado em levantamento bibliográfico.

**Palavras-chave:** Judicialização; Direitos Sociais; Critérios Parametrizantes; Impactos Prestacionais.

### ABSTRACT

The this work deals with the justiciability of social rights in Brazil and criteria of reasoning to its implementation by the judiciary, which directly implies the impact on public coffers. Necessary to examine the criteria that will justify the judicial decision that sends implement such provision therefore its cost to the Government. Thus important to consider the developments that suffered the State, which came in contemplating social rights to citizens. In fact, the justiciability of social rights by judicial action, must contain criteria and parameters when implementing the grounds of decision of such rights, and in reducing the economic impacts of public coffers mechanism. And more importantly, is the adoption of preventive public policies and participation in society, in a logic of dialogue and interaction in the course of preventive demands for social rights in the Brazilian scenario. For such a task, we used the hermeneutic method, based on literature survey

**Keywords:** Legalization; Social Rights; CriteriaParametrizantes; ImpactsPrestaciones.

## INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea, a infinitude das demandas e a finitude dos recursos, fez com que o Estado adotasse mecanismos eletivos para a satisfação das demandas prioritárias em detrimento das demais. Esta situação insurge, para o cidadão, a necessidade de provocação do Poder Judiciário para a busca e efetivação destes direitos sociais, que também compreendidos como direitos fundamentais do cidadão.

Logo, a mudança do pólo de tensão entre os poderes em direção à jurisdição para a concretização dos direitos fundamentais e sociais se mostra responsável nesta garantia; atuando o Poder Judiciário como protagonista à implementação de tais direitos. De fato, neste ativismo judicial, em que o direito passa a ser permeado por questões políticas e estas são levadas ao crivo do judiciário, é pertinente a discussão à práxis jurídica, em matéria da politização do jurídico.

Deste modo, para que se obtenha êxito na pesquisa, o método de abordagem a ser adotado é o hermenêutico, ou seja, está organizado de modo que parte, do geral para o particular, trabalhando-se, inicialmente, aspectos conceituais essenciais à pesquisa, tais como analisar o sistema judicial de proteção dos direitos sociais, bem como identificar os desafios e particularidades relacionados a efetivação dos direitos sociais enquanto direitos humanos e fundamentais, numa perspectiva monográfica e histórica (método de procedimento), procurando dar-se tratamento localizado no tempo à matéria objeto do estudo.

Em termos de fontes de investigação, tem-se documentação indireta de referência a pesquisa, utilizando-se de documentos bibliográficos (de fontes secundárias): publicações pertinentes à matéria, decisões judiciais, e livros. Assim, o presente artigo não tem por objetivo exaurir a temática, mas sim, instigar a reflexão e discussão com a participação dos atores sociais da comunidade, acerca da repercussão fática que os direitos sociais, gera na sociedade.

Portanto, a judicialização dos direitos sociais representa impacto econômico ao erário público, pois exige a disponibilidade financeira do Estado para

efetivar tais pretensões, o que se impõe necessário, a existência de critérios e parâmetros mínimos que vão balizar e fundamentar tais decisões judiciais que implementam esses direitos, argumentos esses que passa-se abordar.

### **As novas demandas sociais em face a evolução da sociedade: breves apontamentos**

A respeito da evolução das concepções de Estado, o marco inicial aqui abordado, será a partir do Estado absenteísta, no qual, era pautado nos ideais iluministas do século XIX, resultado do Liberalismo que pregava a igualdade de todos perante a lei – a chamada igualdade formal. Em que o dever do Estado era simplesmente de abster-se, ou seja, não intervir nas relações entre particulares; e os direitos protegidos eram os direitos humanos de primeira geração, aqueles direitos individuais de defesa contra o Estado.

Este Estado Liberal evolui para o Estado de Bem-Estar-Social ou *Welfare State* e a conseqüente necessidade de garantia aos chamados direitos humanos de Segunda Geração<sup>1</sup>, os Direitos Sociais. Logo, observou-se uma mudança na atuação do Estado, especialmente no tocante à uma atuação positiva do Estado<sup>2</sup>. Com esta evolução, o Estado, que antes se abstinha, passa a atuar no sentido de ser o garantidor de uma igualdade material/substancial, vez que aquela igualdade apenas formal, não mais se confere à realidade econômica e social enfrentada na sociedade.

Nesta compreensão, o Estado acreditou deter recursos infinitos para o atendimento de demandas igualmente infinitas. Em conseqüência desta atuação positiva do Estado, nos mais diversos setores, a própria qualidade de vida da população restou incrementada, o que contribuiu para o aumento da expectativa de vida das pessoas e também para o aumento populacional, vez que demandas como

---

<sup>1</sup> Neste sentido, Gorczewski (2005, p. 74) aduz que tais direitos constituem os direitos de caráter coletivo, vinculados ao princípio da igualdade. Entretanto, “tais direitos só podem ser desfrutados com o auxílio do Estado, portanto, se lhe impõe o dever de propiciar as necessárias condições”, por isso, alvo de inúmeras críticas e objeções, inclusive quanto ao seu caráter de “autênticos direitos”. Ainda, o autor destaca que “modernamente estes questionamentos encontraram novas forças, face a nova ordem mundial – globalização e neoliberalismo – com a conseqüente crise enfrentada pelos Estados, obrigando-os a reformulação de seus pilares”.

<sup>2</sup> Para Bobbio (2004, p. 53) “Não é preciso muita imaginação para prever que o desenvolvimento da técnica, as transformações das condições econômicas e sociais, a ampliação dos conhecimentos e a intensificação dos meios de comunicação poderão produzir tais mudanças na organização da vida humana e das relações sociais que se criem ocasiões favoráveis para o nascimento de novos carecimentos e, portanto, para novas demandas de liberdades poderes”.

educação, saúde, moradia, direitos do trabalhador, entre outras, estavam sendo atendidas pelo Estado, antes ausente, deixando tais questões à margem de sua atuação meramente abstencionista.

Dada a infinitude das demandas e a finitude dos recursos, este Estado máximo, e interventor - na busca da igualdade material – restou ineficaz no atendimento das demandas sociais que assumiu para si. Surgindo a necessidade de que este atendimento fosse eletivo e parcial, adotando o Estado mecanismos eletivos, na tentativa de selecionar e atender as demandas prioritárias, em detrimento das demais. Esta situação fez com que surgisse, para o cidadão, a necessidade de provocação do Judiciário para a busca e efetivação destes direitos sociais pelo Estado, que também compreendidos como direitos fundamentais do cidadão.

De acordo com Leal (2007, p. 30), “no Estado Liberal do século XIX, a Constituição disciplina somente o poder estatal e os direitos individuais, ao passo que o Estado social do século XX regula uma esfera muito mais ampla, que abrange o poder estatal, a sociedade e o indivíduo, em suas múltiplas e recíprocas inter-relações”. Assim, essa nova postura que adota o Estado, traz consigo uma idéia de Constituição - de acordo com Peter Häberle – como um produto cultural<sup>1</sup>. Nesta seara surge a noção de Constituição Comunitária ou Comunitarismo.<sup>2</sup>

Depois do segundo Pós-Guerra, surgem então as Constituições políticas, em contraposição às Constituições meramente jurídicas, fruto do Liberalismo. Para Leal (2007, p. 31), esse processo cuja origem se situa no início do século XX, é fruto das “flagrantes desigualdades geradas pela noção de igualdade jurídica deixada entregue ao livre desenvolvimento do mercado”, onde “começam os movimentos

---

<sup>1</sup> Neste sentido, o autor alemão, em obra que trata da Constituição como ciência de uma cultura, ressalta que “La Constitución no se limita solo a ser um conjunto de textos jurídicos o um mero compendio de reglas normativas, sino la expresión de um cierto grado de desarrollo cultural, um medio de autorrepresentación propia de todo um pueblo, espejo de su legado cultural y fundamento de sus esperanzas y deseos”, entendendo a Constituição como “de letra viva”, ou seja, a Constituição como obra de todos os intérpretes da sociedade aberta, como forma de expressão e medição dessa própria cultura, da própria realidade que encerra. (HÄBERLE, 2002, p. 34).

<sup>2</sup> No que se refere à esta noção de Constituição Comunitária, Cittadino (2004, p. 14) destaca que a história constitucional do nosso país vem marcada por uma carga cultural comprometida com o liberalismo, com uma cultura privatista, sendo que atualmente se observa, notadamente nos constitucionalistas de maior relevo no cenário nacional, uma busca de mudança dessa cultura, ressaltando que “Recusando o constitucionalismo liberal, marcado pela defesa do individualismo racional, deve-se passar [...] para um constitucionalismo societário e comunitário, que confere prioridade aos valores da igualdade e da dignidade humanas”, sendo que é esta concepção de Constituição Dirigente “que entra em conflito com a nossa cultura jurídica positivista e privatista, segundo a qual a constituição tem por objetivo preservar a esfera da ação individual, através do estabelecimento de um sistema de normas jurídicas que regula a forma de Estado, do governo, do modo de exercício e aquisição do poder e, especialmente, os seus limites”.

sociais a reclamar uma atuação mais forte por parte do Estado, no sentido de regulação de certas distorções, provocadas pelo modelo anterior”, sendo que a mudança de ótica ocorre no entendimento de que “a igualdade não se dá tão-somente perante a lei, mas, fundamentalmente, através dela”.<sup>1</sup>

Refere ainda, que a questão da consagração nos textos constitucionais dos chamados direitos humanos de segunda geração, ou seja, dos direitos sociais, nada mais é do que a evolução do Estado de Direito, de uma visão liberal, individualista para uma visão social. A partir de tal entendimento, autores como Leal (2002, p. 32) denotam que o Estado Social nada mais é do que uma adaptação do Estado Liberal às necessidades Sociais emergentes e decorrentes dos movimentos revolucionários que se observaram, notadamente na Europa.<sup>2</sup>

De acordo com Streck (2002, p. 99)<sup>3</sup>, a democratização trazida pelo Estado de Bem-Estar-Social e o advento da democracia no segundo Pós-Guerra, além da redemocratização dos países advindos dos regimes totalitários fez com que as constituições positivassem direitos fundamentais e sociais, passando o Judiciário a integrar a seara política, como garante desses direitos, onde “A instrumentalização dos valores constitucionais e a aferição da conformidade ou não das leis ao texto constitucional se estabelece através do que se convencionou chamar de justiça constitucional”. O Estado Democrático de Direito não pode funcionar sem uma justiça constitucional, tampouco os princípios podem ser realizados sem a atuação da jurisdição.

Na passagem para o Estado Democrático de Direito, centrado na dignidade da pessoa humana é que “a Constituição acaba, mais do que nunca, assumindo uma

---

<sup>1</sup> No mesmo sentido a doutrina de Andreas Krell (2002, p. 19), quando aduz que os direitos sociais surgiram em nível constitucional somente na em 1917, na Constituição Mexicana e na Alemanha, em 1919, onde “Os Direitos Fundamentais Sociais não são direitos contra o Estado, mas sim direitos através do Estado, exigindo do poder público certas prestações materiais”.

<sup>2</sup> Com relação a esta evolução do Estado Liberal, com vista a adaptar-se às novas demandas decorrentes das lutas empreendidas pelos movimento revolucionários, Correa (2000, p. 175) enfatiza que “É o conflito entre liberdade (primeira geração) e igualdade (segunda geração). A luta pela igualdade esbarra na lógica da acumulação capitalista que, em nome da liberdade de mercado, freia a luta pela emancipação econômica dos mais fracos [...] Com o decorrer da Primeira Guerra Mundial o constitucionalismo sofre profunda mudança, que abalou as crenças liberais ou, sob outro entendimento, obrigou o Estado liberal-burguês a reciclar-se para sobreviver diante das lutas dos trabalhadores organizados”.

<sup>3</sup> Neste sentido, denota que “questão que vem à tona desde o momento em que se passa a entender que as normas constitucionais são normas dotadas de eficácia, quando se abandona o conceito de Constituição no sentido meramente formal e programática [...] é preciso analisar e compreender o papel destinado à Justiça Constitucional no confronto com os poderes do Estado, seus limites através da jurisdição constitucional e as condições de possibilidade do exercício da assim denominada ‘liberdade de conformação do legislador’”. (STRECK, 2002, p. 100).



função principiológica, assentada em dispositivos de textura aberta, numa estrutura que permite uma aferição ampla de seus conteúdos na realidade cotidiana”, passando ao Judiciário a decisão sobre as questões constitucionais, pois “a Constituição passa a depender, essencialmente, de mecanismos que assegurem as condições de possibilidade para a implementação de seu texto”. (LEAL, 2007, p. 40).

Neste diapasão, Leal denota que há uma nova mudança do pólo de tensão, desta vez para o Judiciário, que passa a atuar “como uma alternativa para o resgate das promessas da modernidade, onde o acesso à justiça assume um papel de fundamental importância, através do deslocamento da esfera de tensão, até então calcada nos procedimentos políticos, para os procedimentos judiciais.” (LEAL, 2007, p. 42). Krell (2002, p. 70) aduz que na medida em que atuação da sociedade civil na definição dos seus próprios rumos é menor, maior será a responsabilidade do Judiciário “na concretização e no cumprimento das normas constitucionais, especialmente as que possuem uma alta carga valorativa e ideológica.”

Ao ressaltar que a dignidade da pessoa humana, na qualidade de princípio constitucional supremo, funciona como critério de interpretação e integração de todo o ordenamento constitucional, Cittadino (2004, p.19) refere que

Diferentemente das regras de direito privado, por exemplo, as normas constitucionais relativas aos direitos fundamentais revelam programas de ação ou afirmações de princípios e não possuem uma regulamentação perfeita e completa, sendo quase sempre pouco descritivas, vagas e esquemáticas. Concretizar o sistema de direitos constitucionais, portanto, pressupõe uma atividade interpretativa tanto mais intensa, efetiva e democrática quanto maior for o nível de abertura constitucional existente.

Portanto, ainda segundo o autor, não existe outra maneira de viabilizar essa participação jurídica-política senão por meio da criação, pelo próprio ordenamento constitucional, de inúmeros instrumentos processuais/procedimentais que, utilizados pelo círculo de interpretes da constituição, poderia vir a garantir a efetivação dos direitos fundamentais.

### **Os fatores limitadores de proteção à efetivação dos direitos sociais**

Este papel intervencionista do Estado, na promoção e garantia dos direitos fundamentais dos cidadãos, vem bem delimitado por Bonavides ao explicitar que:

Ao empregar meios intervencionistas para estabelecer o equilíbrio na repartição dos bens sociais, instituiu ele, ao mesmo passo, um regime de

garantias concretas e objetivas, que tendem a fazer vitoriosa uma concepção democrática de poder, vinculada primacialmente com a função e fruição dos direitos fundamentais, concebidos doravante em dimensão por inteiro distinta daquela peculiar ao feroz individualismo das teses liberais e subjetivistas do passado. (BONAVIDES, 2001, p. 157).

Os direitos sociais se ligam à igualdade, ou seja, sua efetivação, na lição de Silva (1999)<sup>1</sup> se destina buscar a igualdade em situação originariamente desiguais, assim proporcionando condições favoráveis para o exercício da liberdade e igualdade, possuindo assim como princípio norteador o princípio da igualdade, agora numa concepção material, no sentido de garantia, pelo Estado, através de uma atuação positiva. Assim, os direitos sociais funcionam como uma ordem positiva de valores, tutelada na Constituição Federal, sendo o Estado o devedor dessa prestação positiva, isto é, o Estado assume o dever de implementar na prática as condições de correção dessas desigualdades que tais direitos visam equalizar.

A problemática se insere no momento em que se discute serem ou não os direitos sociais entendidos como direitos fundamentais e a vedação ao retrocesso em sua efetivação, à luz de princípios como a segurança jurídica. Sarlet (2006), ao tratar a problemática da eficácia e efetividade de um direito à segurança jurídica, salienta que para o cidadão a tão só possibilidade de confiar numa eficácia e numa efetividade dos direitos que lhe são garantidos pela ordem jurídica, já consiste em um direito à segurança, cria no cidadão uma sensação de segurança. Ao analisar a questão da natureza absoluta dos “direitos do homem”, Bobbio (2004, p. 37) esclarece que “toda busca de fundamento absoluto é, por sua vez, infundada”, trazendo como um dos principais argumentos a fundar tal assertiva o fato de que

Todas as declarações recentes dos direitos do homem compreendem, além dos direitos individuais tradicionais, que consistem em *liberdades*, também os chamados direitos sociais, que consistem em *poderes*. Os primeiros exigem da parte dos outros (incluídos aqui os órgãos públicos) obrigações puramente negativas, que implicam a abstenção de determinados comportamentos; os segundos só podem ser realizados se for imposto a outros (incluídos aqui os órgãos públicos) um certo número de obrigações positivas. São antinômicos no sentido de que o desenvolvimento deles não pode proceder paralelamente: a realização integral de uns impede a realização integral dos

---

<sup>1</sup> No que tange ao conteúdo dessa igualdade, o autor destaca que “se revela na própria identidade de essência dos membros da espécie. Isso não exclui a possibilidade de inúmeras desigualdades entre eles [...] O que se quer é a igualdade jurídica que embasa a realização de todas as desigualdades humanas e as faça suprimimento ético de valores poéticos que o homem possa desenvolver. As desigualdades naturais são saudáveis, como são doentes aquelas sociais e econômicas”. (SILVA, 1999, p. 216). Na mesma esteira, Humboldt (2004, p. 156) destaca que “a própria variedade que emerge da união de inúmeros indivíduos é o bem maior que a sociedade pode oferecer, e essa variedade encontra-se indubitavelmente perdida em proporção ao grau de interferência do Estado”.

outros. Quanto mais aumentam os poderes dos indivíduos, tanto mais diminuem as liberdades dos mesmos indivíduos. (BOBBIO, 2004, p. 41).

Na definição do conteúdo de cláusulas como dignidade da pessoa humana, razoabilidade, solidariedade e eficiência, por sua menor densidade jurídica, impede que delas se extraia, no seu relato abstrato, a solução completa das questões sobre as quais incidem. Também aqui, portanto, impõe-se a atuação do intérprete na definição concreta de seu sentido e alcance, valorando e fazendo escolhas entre as soluções possíveis. (BARROSO, 2005, p. 243).

Ressalta Barroso (2005, p. 243) que neste contexto permeado por princípios que encerram uma carga valorativa “a existência de *colisões de normas constitucionais*, tanto as de princípios como as de direitos fundamentais, passou a ser percebida como um fenômeno natural – até porque inevitável – no constitucionalismo contemporâneo”, o que leva à necessidade de se ponderar estas normas no caso concreto, tarefa que cabe precipuamente ao Poder judiciário.

Ante a crise por que passa o Estado na atualidade, em razão do incremento dos níveis de exclusão social, da fragilidade das Instituições e do fortalecimento do capital econômico numa esfera de globalização, bem como a necessidade de evolução/desenvolvimento do Estado e a simultânea necessidade de proteção das conquistas sociais surge um choque de interesses, bem delineado por Sarlet (2005, p. 256) ao destacar que “Se, por um lado, a necessidade de uma adaptação dos sistemas de prestações sociais às exigências de um mundo em constante transformação não pode ser desconsiderada, simultaneamente o clamor elementar da humanidade por segurança e justiça sociais [...] continua sendo um dos principais desafios e tarefas do Estado”.

Além da discussão em torno da aplicabilidade das normas atinentes a direitos sociais, observa-se que sua na realização e concretização – o que se somente se viabiliza mediante prestações positivas do Estado, através de políticas públicas interventivas - não há como escapar das questões e condições materiais, especialmente financeiras, que variam de um Estado para outro e, na maioria dos casos, não são suficientes para atendimento de todos os direitos sociais e econômicos de cada um dos indivíduos componentes do corpo social.<sup>1</sup> (SARMENTO, 2004).

---

<sup>1</sup> Ainda, o autor traz a questão de que os direitos sociais, no que se refere a sua implementação, “acenam ara uma transformação do *status quo*, e por isso mobilizam contra si os interesses de extratos privilegiados da sociedade, que não desejam mudança. Mas, há também graves obstáculos

Observa-se que as demandas por prestações do Estado na garantia dos direitos sociais são cada vez maiores e a capacidade do Estado e da própria Sociedade de absorver esta demanda é cada vez menor, notadamente em países como o Brasil, em que a exclusão e as desigualdades sociais são mais agudas. Neste sentido, a problemática que se impõe é a proteção aos direitos sociais, enquanto direitos fundamentais, frente às reais e presentes possibilidades de restrições e limitações.

No entendimento de Sarlet (2005, p. 268), “as normas constitucionais que reconhecem direitos sociais de caráter positivo implicam uma proibição de retrocesso”, pois, ao serem satisfeitas se transformam em direitos de defesa do cidadão frente ao Estado. Logo, o autor ressalta que a simples supressão do “núcleo essencial” de um direito social afeta a própria dignidade da pessoa humana, devendo esse núcleo essencial, vinculado à idéia de “mínimo existencial” ser plenamente garantido, seja através da atuação positiva na gestão de políticas públicas tendentes à sua implementação, seja através do Judiciário, atuando na correção de eventuais desigualdades atentatórias aos direitos fundamentais do cidadão.

Já Barroso (2005, p. 282), destaca que a questão atinente à efetivação, bem como restrições e limites dos direitos sociais, enquanto direitos fundamentais pressupõe o estabelecimento de limites das matérias constitucionais e das que sejam atribuídas ao processo político majoritário, seja no Executivo ou no Legislativo. Assim, “por um lado, a Constituição protege os direitos fundamentais e determina a adoção de políticas públicas aptas a realizá-los”. E Por outro lado, “atribuiu as decisões sobre o investimento de recursos e as opções políticas a serem perseguidas a cada tempo aos Poderes Legislativo e Executivo”. Para asseverar a supremacia da Constituição, mas não a superioridade judicial, a doutrina inicia a voltar sua atenção para o desenvolvimento de parâmetros objetivos de controle de políticas públicas.

---

operacionais, na medida em que os direitos sociais, em razão da sua natureza eminentemente prestacional, carecem de recursos públicos que são escassos”. (SARMENTO, 2004, p. 37).

## **A prestação jurisdicional dos direitos sociais: critérios parametrizantes**

Quanto à implementação dos direitos sociais, a questão da reserva do possível<sup>1</sup> traz consigo o binômio necessidade/possibilidade, ou seja, razoabilidade da pretensão individual/social deduzida em face do Poder Público e a disponibilidade financeira do Estado para efetivar tais pretensões. Neste ponto, o direito é permeado por questões sociais, culturais, ideológicas, financeiras, conforme salientado acima na lição de Morais. A reserva do possível é uma opção política, de gestão de políticas públicas, o que cabe preferencialmente ao Executivo e o Legislativo. Assim, na concretização desses direitos, não há como escapar da sua adequação e harmonização à realidade e à possibilidade fática da própria atividade prestacional do Estado.

Na lição de Canotilho (2000, p. 471), a questão da reserva do possível vem traduzir “a idéia de que os direitos sociais só existem quando e enquanto existir dinheiro nos cofres públicos”, recorrendo-se à garantia do “mínimo social”, a qual já estaria garantida pelo simples fato do Estado ter o dever de garantir o núcleo implementador da dignidade da pessoa humana. Daí resulta, segundo o autor que “nenhuma das normas constitucionais garantidoras de direitos sociais fundamentais poderia ser estruturalmente entendida como norma vinculante, garantidora, em termos definitivos, de direitos subjetivos. Os direitos sociais dotados de conteúdo concreto serão os consagrados em normas das regulações legais”.

Mais que aplaudir a concreção constitucional dos direitos sociais, imperioso se mostra considerar os impactos sócio-econômicos decorrentes das decisões judiciais que determinam ao Estado/Administração a concreção desses direitos,

---

<sup>1</sup> O Supremo Tribunal Federal já teve oportunidade de se manifestar acerca da 'reserva do possível'. Com efeito, na ADPF 45 MC/DF, o Relator Min. Celso de Melo, afirmando que a referida Corte “não pode demitir-se do gravíssimo encargo de tornar efetivos os direitos econômicos, sociais e culturais – que se identificam, enquanto direitos de segunda geração, com as liberdades positivas, reais ou concretas (...) - sob pena de o Poder Público, por violação positiva ou negativa da Constituição, comprometer de modo inaceitável, a integridade da própria ordem constitucional”, não deixa de enfatizar o tema pertinente à 'reserva do possível', “notadamente em sede de efetivação e implementação (sempre onerosas) dos direitos de segunda geração (direitos econômicos, sociais e culturais), cujo adimplemento, pelo Poder Público, impõe e exige, deste, prestações estatais positivas concretizadoras de tais prerrogativas individuais e/ou coletivas”. Assim é que menciona que os condicionamentos impostos, pela cláusula da 'reserva do possível', ao processo de concretização dos direitos de segunda geração – de implantação sempre onerosa - “traduzem-se em um binômio que compreende, de um lado, (1) a razoabilidade da pretensão individual/social deduzida em face do Poder Público e, de outro (2) a existência de disponibilidade financeira do Estado para tornar efetivas as prestações positivas dele reclamadas”. (ADPF 45 MC/DF. Rel. Min. Celso de Melo, Informativo nº 345/STF).

considerando a limitação fática à prestação desses direitos, (diante ou) em face do quadro de escassez de recursos públicos que ora se apresenta no Estado brasileiro.

No Brasil, os direitos sociais, enquanto fundamentos constitucionais apresentam-se como dever do Estado, enquanto direitos subjetivos e prestacionais, no que tange, à exemplo, o direito à saúde, o Supremo Tribunal Federal oportuniza a afirmação de que ele configura direito público subjetivo<sup>1</sup>. Assim, tal prestação requer alocação de recursos financeiros para sua satisfação, o que importa adentrar num universo de variáveis múltiplas a ser consideradas, confrontando diferentes atores institucionais com competências e autonomias reguladas também pela Constituição<sup>2</sup>, o que de fato, são aspectos implicadores desta prestação.

De outro lado, há de se considerar o protagonismo do judiciário, na figura dos ministros e desembargadores, ao exarar a decisão de escolha ou de sacrifício de outros em detrimento deste ou daquele. Eis que o grande desafio do Estado Democrático e de Direito é cautelar a justiça social efetiva aos seus cidadãos, respeitando para tanto, o princípio da dignidade da pessoa humana enquanto princípio axial de toda ordem normativa constitucional.

Neste cenário, Leal (2009, p. 75) chama de paradoxo democrático:

(1) o fato de que a democracia constitucional dá atuação diferenciada à vontade de maiorias políticas conjunturais, o que potencialmente pode divergir e restringir a vontade de minorias políticas conjunturais, obrigando-as a contribuir na realização dos objetivos daquelas maiorias; (2) o fato de que a democracia constitucional elege e desenvolve a proteção a certos direitos fundamentais (individuais, sociais, coletivos, difusos, etc.), os quais podem frustrar expectativas e projetos de maiorias políticas conjunturais, obrigando a estas maiorias a aceitação de tais circunstâncias.

Assim, os critérios de escolha nas decisões judiciais partem de indicadores constitucionais parametrizantes do mínimo existencial, que são públicos não podendo ser desconsiderados por quem quer que seja (setor público ou privado). (LEAL, 2009, p. 96). Tais indicadores têm como função atender a realidade social e o sistema jurídico delimitado na Carta Constitucional do Estado Democrático de Direito, na tentativa de diminuir a tensão que evolve a Sociedade e o Estado; assim as ações

---

<sup>1</sup> Decisão do Agravo Regimental n.RE n.271.286-8/RS. (REsp 846913/RS; RE n.2006/0067408-0.11ª.Turma, Rel.Min. Luiz Fux, julgado em 08/05/2007; publicado Diário de Justiça de 31.05.2007).

<sup>2</sup> Ressalta o autor, ao lembrar que há um escalonamento normativo vinculante estabelecendo- pela via das competências exclusivas, concorrentes e complementares – quais os sujeitos de direito habilitados a tomar determinadas decisões políticas e jurídicas com efeitos cogentes para todos. Assim ocorre, por exemplo, com as entidades e poderes federativos no Brasil (no âmbito dos artigos 21 a 30, 44 a 133 da Constituição da República Federativa do Brasil). (LEAL, 2009, p. 79).

estatais (do Executivo, do Legislativo ou do Judiciário) estão comprometidas numa conjuntura social, política e jurídica dentro destes limites Constitucionais.

De fato, a variável econômica é ponto de toque entre as condições e possibilidades ensejadas pelos direitos sociais na ambiência nacional, no trato da execução efetiva daquele direito que o Judiciário mandou efetivar. Nesta compreensão é que Leal propõe a possibilidade de ser exercido um controle preventivo e curativo da formatação daquele plexo orçamentário e de sua execução, tanto pela via de políticas públicas adequadas, como quando da particularidade de suas concretizações pelos agentes públicos consecutórios dentre eles o Judiciário.<sup>1</sup>

O respeito às regras das relações democráticas na órbita constitucional, exige uma preocupação na concretização dos direitos sociais caso a caso, que não viole outros direitos de caso potencialmente idêntico; ou no enfrentamento de colisão de bens, valores ou princípios constitucionais. Decorre daí a aplicabilidade do direito, a saber, os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade<sup>2</sup>, enquanto parâmetro de justiça, e dos indicadores constitucionais parametrizantes do mínimo existencial por parte dos Magistrados dos Tribunais Superiores. Estes indicadores parametrizantes se afiguram:

como uma das condições indispensáveis à construção de uma Sociedade livre, justa e solidária; à garantia do desenvolvimento nacional; à erradicação da pobreza e da marginalização, bem como à redução das desigualdades sociais e regionais; à promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (LEAL, 2009, p. 151).

Aqui, importante dimensionar a relação Estado x Sociedade no Brasil, considerando os aspectos formativos histórico-culturais e sócio-econômicos, que refletem o caráter assistencialista; as mazelas sociais e o paternalismo, que de vezes, de grande devoção do povo brasileiro, no qual é facetado pelas desigualdades. Neste cenário, onde o cidadão é inconsciente do papel de cidadão, esta reflexão é que

---

<sup>1</sup> O autor adverte que os limites competenciais de cada esfera institucional do Poder Público, por exemplo, o Poder judiciário, problematizando o âmbito da ação para garantir a efetivação das prestações que constituem o objeto dos direitos sociais, na medida em que estas se encontram na dependência de condições de natureza macroeconômica, não dispendo a magistratura, em tese, de critérios suficientemente seguros e claros para aferir a questão no âmbito estrito da argumentação jurídica.

<sup>2</sup> O autor desdobra-se em três aspectos fundamentais: a. adequação (significa que o intérprete deve identificar o meio adequado para a consecução dos objetivos pretendidos; b. necessidade ou exigibilidade (significa que o meio escolhido não deve exceder os limites indispensáveis à conservação dos fins desejados; c. proporcionalidade em sentido estrito (significa que o meio escolhido, no caso específico, deve se mostrar como o mais vantajoso para a promoção do conjunto de valores, bens e interesse em jogo. (ALEXY, 2000, p. 126).

merece ser aduzida no tocante aos aspectos da promoção de políticas públicas preventivas, educativas e de coparticipação com a sociedade. Esta indução retira a postura letárgica na qual a sociedade de vezes é induzida, fazendo com que este cenário de inclusão e cogestão faça parte de um processo descentralizador da governança.

Este contraponto preventivo presente na ambiência de coparticipação na eleição de políticas públicas, deve fazer frente às crescentes demandas da sociedade plural e complexa, dando operacionalidade e concreção a direitos sociais, na qual urge a sociedade. Assevera Leal (2006) que, havendo esta locução política na criação de políticas públicas vai garantir o não renascimento de um Estado paternalista garante de uma nova gestão pautada em compromisso social que está cuidando para não haver uma involução social. Para tanto, esta nova redemocratização social não pode depender exclusivamente de uma democracia participativa através do voto. Assim, nesta aproximação de significado dos direitos fundamentais sociais matizados por feições cooperativas equaliza os compromissos constitucionais da Constituição em termos de direitos fundamentais sociais no Estado Democrático de Direito brasileiro.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Poder Judiciário, enquanto pólo de solução de demandas sociais emergentes se apresenta como promovedor dessas medidas satisfativas, pode ser respaldado ainda, como corretor das falhas das instituições do Executivo e do Legislativo numa lógica própria de autocorreção do sistema nesta destinação. Neste cenário de garante da ordem democrática e constitucional primando na garantia de Direitos Fundamentais Sociais, o Judiciário vem responder, através das decisões judiciais, à concreção desses direitos aos cidadãos que dele recorrem. Então, o enfrentamento destes impactos decisoriais, numa conjuntura sócio-econômica fragilizada, carece de análise de múltiplas variáveis normativas e extranormativas, por parte do julgador. Mais que importante o papel do direito no contexto histórico, e hoje, passando a ser permeado por questões políticas, o fenômeno da politização do jurídico e a judicialização da política ganham expressão na práxis jurídica do dia-dia enquanto objeto de discussão muitas vezes, para limitar e restringir direitos fundamentais.



A realidade social e a presença do Poder Judiciário, enquanto instrumento de garantia dos direitos fundamentais e sociais, além da própria democracia, superam paradigmas diante das abordagens integradoras do procedimentalismo e do substancialismo. A jurisdição é entendida como local de exercício democrático de participação, que contempla, através da resolução de conflitos ou de uma atuação política constitucional, seu viés harmonizador entre os Poderes do Estado.

Diante da órbita normativo-constitucional, é que deve aferir fundamentos ou indicadores constitucionais parametrizantes ao garantir o mínimo existencial na concretização de direitos sociais prestacionais aos cidadãos, ou seja, imprescindível à argumentação mandamental da prestação cogente a presença de um padrão mínimo de escolha, que vai respeitar o paradoxo democrático que justifique o sacrifício de outros direitos em detrimento deste implemento no caso concreto.

## REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. **Teoría de los derechos fundamentales**. Madrid; Centro de Estudios Constitucionales, 2000.

BARROSO, Luís Roberto (Org.). **A Nova Interpretação Constitucional**. Ponderação, Direitos Fundamentais e Relações Privadas. Rio de Janeiro/São Paulo: Renovar. 2003.

\_\_\_\_\_. Neoconstitucionalismo e constitucionalização do Direito. O Trunfo Tardio do Direito Constitucional no Brasil. In: **Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra**. Vol. LXXXI. LOUREIRO, João Carlos (Org.). Coimbra, 2005.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Nova Edição. Trad. Regina Lyra. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONAVIDES, Paulo. Teoria Constitucional da Democracia Participativa: por um Direito Constitucional de luta e resistência, por uma Nova Hermenêutica, por uma repolitização da legitimidade. São Paulo: Malheiros, 2001.

CANOTILHO, Joaquim José Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 4ª ed. Coimbra, Portugal: Almedina, 2000.

\_\_\_\_\_. Princípios. Entre a sabedoria e a aprendizagem. In: **Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra**. Vol. LXXXII. LOUREIRO, João Carlos (Org.). Coimbra, 2006.

CITTADINO, Gisele. **Pluralismo Direito e Justiça Distributiva**. Elementos da Filosofia Constitucional Contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Lumen Júris, 2004.

CORRÊA, Darcísio. **A Construção da Cidadania**. Reflexões Histórico-Políticas. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2000.

GORCZEWSKI, Clóvis. **Direitos Humanos**. Dos primórdios da humanidade ao Brasil de hoje. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2005.

HÄBERLE, Peter. **Teoría de la Constitución como ciência de la cultura**. Trad. Emilio Mikunda. Madrid: Editorial Tecnos, 2002.

HUMBOLDT, Wilhelm Von. **Os Limites da Ação do Estado**. Trad. Jesualdo Correia. Rio de Janeiro: TOPBOOKS, 2004.

KRELL, Andreas. **Direitos Sociais e Controle Judicial no Brasil e na Alemanha**. Os (des)caminhos de um direito constitucional comparado. Porto Alegre: Sérgio Antonio Frabris Editor, 2002.

LEAL, Mônia Clarissa Hennig. **Jurisdição Constitucional Aberta**: Reflexões sobre a legitimidade e os Limites da Jurisdição Constitucional na Ordem Democrática - uma abordagem a partir das Teorias Constitucionais Alemã e Norte-Americana. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Júris, 2007.

LEAL, Rogério Gesta. **Estado, Administração Pública e Sociedade**: Novos Paradigmas. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

\_\_\_\_\_. Condições eficaciais dos direitos fundamentais sociais: os desafios do poder judiciário no Brasil. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009.

\_\_\_\_\_. **O Estado-Juiz na Democracia Contemporânea**: uma perspectiva procedimentalista. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang. Constituição, Proporcionalidade e Direitos Fundamentais. O Direito Penal entre proibição de excesso e de insuficiência. In: **Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra**. Vol. LXXXI. LOUREIRO, João Carlos (Org.). Coimbra, 2005.

\_\_\_\_\_. Proibição de retrocesso, dignidade da pessoa humana e direitos sociais: Manifestação de um constitucionalismo dirigente possível. In: **Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra**. Vol. LXXXII. LOUREIRO, João Carlos (Org.). Coimbra, 2006.

SARMENTO, Daniel. **Direitos fundamentais e relações privadas**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2004.

SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 16ª Ed. São Paulo: Malheiros Editores, 1999.

STRECK, Lênio Luiz. **Jurisdição Constitucional e Hermenêutica**: Uma Nova Crítica do Direito. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

\_\_\_\_\_. Concretização de Direitos e Interpretação da Constituição. In: **Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra**. Vol. LXXXI. LOUREIRO, João Carlos (Org.). Coimbra, 2005.

## ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DE FETO ANENCÉFALO: ANÁLISE DA APLICAÇÃO PELA REDE HOSPITALAR PÚBLICA E CONVENIADA AO SUS DOS MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM AMREC E AMUREL DA DECISÃO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL NA ADPF 54

Jhonata Goulart Serafim

Acadêmico do Curso de Direito da Unesc (Universidade do Extremo Sul Catarinense). Bacharel em História (UNESC). Pesquisador do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Bolsista do PIC-170 (UNESC). Email: jhonata\_goulart@hotmail.com

Mágada Tessmann Schwalm

Doutora em Ciências de Saúde (PPCS/UNESC). Mestre em Educação (PPGE/UNESC). Professora do Curso de Enfermagem da Unesc. Pesquisadora do LADSSC e NEPIs. Enfermeira. Email: mts@unesc.net.

Reginaldo de Souza Vieira

Doutor e Mestre em Direito – PPGD/UFSC. Líder do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Professor Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC. Advogado. Email: prof.reginaldovieira@gmail.com

### RESUMO

**Introdução:** No ano de 2004, o Supremo Tribunal Federal foi acionado pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS) através de Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, requerendo esta, que fosse declarada a inconstitucionalidade da interpretação segundo a qual a interrupção da gravidez de fetos anencéfalos é conduta tipificada nos arts. 124, 126 e 128, inciso I e II, todos do Código Penal (Decreto Lei n. 2.848/1940). Ou seja, em síntese, a requerente desejava o reconhecimento do direito da escolha da gestante de feto diagnosticado com anencefalia de realizar a antecipação terapêutica do parto, sem a necessidade de autorização judicial, em face do entendimento de que esta prática seria caracterizada como *aborto*. Em 2012, aquela Egrégia Corte, por maioria, julgou procedente pedido. Nesta esteira, tendo como base a decisão proferida pelo Pretório Excelso, ficaram as seguintes provocações: quais os critérios adequados para constatação da anencefalia? Quais as normas legais existentes que versam sobre os anencéfalos? Como a rede hospitalar pública e conveniada do SUS, em especial dos municípios que compreendem a região AMREC e AMUREL vem procedendo em casos diagnosticados com tal anomalia? **Metodologia:** Este estudo consistirá em uma pesquisa descritivo-exploratória e de campo (LEOPARDI, 2002; MINAYO, 1994), no qual pretende explorar como a rede hospitalar pública e conveniada ao SUS dos municípios que compõem a AMREC e AMUREL vem aplicando o direito de escolha da gestante a antecipação terapêutica de parto de feto anencéfalo, à luz do que decidiu o Supremo Tribunal Federal na ADPF 54? Basear-se-á o estudo em levantamento de dados coletados através da realização de entrevista semi-estruturados individual com o responsável pelo corpo clínico e os administradores dos hospitais públicos ou conveniados que compõem os municípios da AMREC e da AMUREL. **Resultados/Discussão:** A pesquisa está em andamento, o que impossibilita a apresentação de resultados e discussão acurada acerca do objetivo geral da pesquisa. Todavia, realizou-se até o momento: pesquisa da literatura jurídica acerca de dois importantes direitos presentes na ADPF 54: o direito à vida do feto

anencéfalo e o direito à liberdade sexual e gestacional da gestante; realizou-se uma pequena síntese acerca do processo (ADPF 54) julgado pelo STF, com análise dos votos dos ministros daquela corte judicial; Também foi realizada uma reflexão histórica acerca dos instrumentos judiciais utilizados antes da decisão definitiva proferida pelo STF. **Considerações Finais:** A pesquisa está em andamento, portanto não é possível ainda apresentação de conclusões ao trabalho.

## REFERÊNCIAS

LEOPARDI, Maria Tereza **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. p. 9-29. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 6 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994, 80p.

## INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DOS USUÁRIOS DE DROGAS: NOTAS INTRODUTÓRIAS

**Bruna Tavares Guimarães**

Acadêmica do Curso de Direito da Unesc (Universidade do Extremo Sul Catarinense). Pesquisadora do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Email: bruna\_guimaraess@hotmail.com

**Reginaldo de Souza Vieira**

Doutor e Mestre em Direito – PPGD/UFSC. Líder do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Professor Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC. Advogado. Email: prof.reginaldovieira@gmail.com

### RESUMO

Este trabalho desenvolve uma discussão acerca da internação compulsória do dependente de substâncias, com o fim de analisar quais são as implicações jurídicas da internação psiquiátrica a revelia da vontade do paciente, fazendo uma análise histórica do consumo de drogas e das diversas políticas públicas estatais para o combate deste mal, que vão desde políticas jurídico-repressivas até medidas de caráter sanitarista. O que tem se pensado na atualidade é no uso da internação psiquiátrica como uma destas políticas públicas. Ocorre que, tal medida deve ser utilizada apenas em situações excepcionais, em que o indivíduo coloca em risco a sua vida ou integridade física ou a de um terceiro, sob pena contrariar direitos historicamente conquistados por estes. Após um longo período de lutas para a desinstitucionalização do tratamento psiquiátrico, utilizar-se desta medida pode, assim, ser considerado um retrocesso. O estudo se divide em duas partes: na primeira, tratar-se-á dos aspectos históricos do tratamento psiquiátrico no Brasil; já na segunda, será analisada as formas de internação previstas na Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº. 10.216/2001). O método de abordagem utilizado foi o dedutivo e o de abordagem o monográfico.

**Palavras-chave:** Drogas; Internação compulsória; Reforma Psiquiátrica; Sistema Único de Saúde.

### ABSTRACT

This paper develops an argument about compulsory admission of dependent substances, in order to analyze what are the legal implications of the psychiatric defiance of the will of the patient admission, making a historical analysis of drug use and the various state public policies for combat this evil, ranging from legal- repressive political measures to sanitary character. What has been thought today is the use of psychiatric hospitalization as one of public policy. It turns out that such a measure should be used only in exceptional situations, in which the individual poses a risk to life or physical integrity or a third party under penalty counteract rights historically conquered by them. After a long period of struggle for deinstitutionalization of psychiatric treatment, if used this measure can thus be considered a setback. The study is divided into two parts: the first will treat up - historical aspects of psychiatric treatment in Brazil; in the second, we will analyze the forms provided in inpatient

Psychiatric Reform Law (Law nº. 10.216/2001). The method of approach was used and the deductive approach of the monograph.

**Keywords:** Drugs; Compulsory Hospitalization; Psychiatric Reform; Unified Health System.

## INTRODUÇÃO

O uso de drogas é objeto dos mais variados debates e um dos mais polêmicos temas e possuem os mais variados aspectos, sejam eles biológicos, econômicos, sociais, morais, médicos ou legais.

A preocupação com o consumo excessivo destas substâncias tem, ao longo da história, dado origem as mais diversas políticas públicas governamentais para o combate às drogas e vão desde a tentativa da absoluta erradicação destas substâncias até políticas que visam o tratamento dos dependentes químicos e a redução dos danos causados pelo seu uso abusivo.

Dentre estas políticas públicas está a internação compulsória de usuários em situação de dependência, que vem sendo pensada como uma “saída” ao problema do uso abusivo de drogas. Entretanto, tal medida deve ser utilizada com ponderação e somente em situações extremas e não como centro de uma política pública, sob pena de afrontar os mais variados direitos conquistados pelo indivíduo ao longo da história.

Este estudo se divide em duas partes: na primeira, tratar-se-á dos aspectos históricos do tratamento psiquiátrico no Brasil; já na segunda, será analisada as formas de internação previstas na Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº. 10.216/2001).

O método de abordagem que será utilizado é o dedutivo e de abordagem o monográfico.

### Aspectos históricos do tratamento psiquiátrico no Brasil

A psiquiatria surgiu na França, no final do século XVIII, com a contribuição do médico Philippe Pinel, que passou a diferenciar os casos que realmente considerava anomalia dos casos de eminentemente sociais. Pinel, com o olhar da ciência, transformou a loucura em doença passível de ser tratada, no caso, com a internação em hospital psiquiátrico, ou seja, com o isolamento e a exclusão para que houvesse a possibilidade da cura. Assim, o surgimento da Psiquiatria “transformou a diferença humana em patologia” (COSTA, 2014, p. 04).

Em parâmetros mundiais, a reforma psiquiátrica começou a ganhar forças em países europeus após a Segunda Guerra Mundial, com as intensas discussões sobre direitos humanos e a criação da Organização das Nações Unidas – ONU em 1948. Primeiramente, seu enfoque foi a mudança do modelo asilar visando a consolidação do tratamento terapêutico e a democratização das instituições psiquiátricas, com o fim de evitar o tratamento desumano e a segregação do doente mental. Após, voltou-se também para a psiquiatria preventiva ou comunitária, que objetivava o tratamento antes da evolução do transtorno mental (MARQUES, 2014, p. 16-17).

As discussões acerca da reforma psiquiátrica no Brasil são muito recentes e ainda há muito que se discutir sobre essa temática, haja vista que mesmo com a implementação de um novo modelo de assistência e com o advento de leis que alteram a forma como de tratamento dos portadores de transtornos mentais, o país ainda conta com um grande número de hospitais psiquiátricos em todo o seu território. Assim, temos que a transição para o modelo de tratamento comunitário ainda encontra-se no seu início.

Até meados do século XIX, o portador de transtorno mental não era alvo da atenção estatal. O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro foi inaugurado no Rio de Janeiro, em 1852, chamado de Hospício D. Pedro II. Até então não havia no país esse tipo de assistência psiquiátrica institucionalizada. A partir deste momento, foram-se criando novas instituições psiquiátricas nas principais cidades brasileiras (BOARINI, 2006, p. 31).

Para Costa (2014, p. 06),

Não muito diferente dos tempos atuais, a sociedade via no louco uma ameaça à segurança pública e a maneira de lidar com os próprios era o recolhimento aos asilos. Essa atitude dirigida aos loucos, autorizada e legitimada pelo Estado por meio de textos legais editados pelo Imperador, vale salientar, tinha o objetivo de, mediante a reclusão, oferecer proteção à sociedade contra aqueles e não de acolhê-los, protegê-los e muito menos tratá-los.

No período compreendido entre a metade do século XIX até meados do século XX, o caminho da psiquiatria no Brasil tem um caráter higienista, ou seja, há o desenvolvimento de um “projeto de medicalização social”, onde a psiquiatria aparece como um dispositivo de poder e de controle social e político, sendo considerada como uma “psiquiatria da higiene moral” (AMARANTE, 2001, p. 88).



O Brasil demorou a começar a debater o tema da reforma psiquiátrica, sendo que estas discussões só se fortaleceram após o período da ditadura militar (BOARINI, 2006, p. 17). Este movimento visa, basicamente, uma mudança na forma como ocorre o tratamento psiquiátrico, tendo como crítica fundamental a institucionalização deste tratamento, defendendo, assim, a extinção dos hospitais do modelo institucionalizado de tratamento aos portadores de transtornos mentais.

Impende ressaltar que, antes do movimento da reforma psiquiátrica, na década de 70, os dependentes de drogas eram tratados em hospitais psiquiátricos, como psicopatas, sendo que era possível ter a percepção de um fundamento moralista dos profissionais que lidavam com o problema. Assim, tem-se que quando o usuário não era objeto de julgamento pelo sistema prisional, o era pelo sistema psiquiátrico (VALÉRIO, 2014, p. 17).

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira teve como uma de suas influências o italiano Franco Basaglia, onde a principal referência encontra-se no conceito de desinstitucionalização (AMARANTE, 1996, p. 21). Para Basaglia (apud Amarante, 1996, p. 84) a institucionalização é:

O complexo de 'danos' derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional.

Dessa forma, pensar em institucionalização não é apenas pensar na instituição psiquiátrica em si, mas pensar na forma como a sociedade vê a loucura e o próprio corpo hospitalar lida com esta problemática. Assim, pensar em desinstitucionalização não é pensar na mudança do hospital psiquiátrico por uma comunidade terapêutica, por exemplo. Sugere Basaglia (apud Amarante, 1996, p. 85) que, primeiramente, deve-se discutir novas estratégias que possam mudar a relação “dentro-fora” da instituição, “abolir o automatismo e a violência da internação forçada, criar novos níveis de troca e de relações, não tanto em condições de humanizar a instituição, mas de suplantá-la e substituí-la por uma organização alternativa.”

Nos últimos anos da década de 70 surge o Movimento dos Trabalhadores em saúde mental (MTSM) que, conforme bem lembra Amarante (1996, p. 13), “passa a protagonizar os anseios e as iniciativas da assistência psiquiátrica nacional.” O MTSM buscava uma transformação para o modelo da assistência psiquiátrica,

iniciando com reivindicações pela humanização dos serviços em saúde mental, críticas ao modelo manicomial e a privatização dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2001, p. 52).

Vasconcelos (2008, p. 33-34) divide o movimento da reforma psiquiátrica brasileira em três grandes fases. A primeira grande fase se dá no período compreendido entre 1978 a 1992. Nesse período, a sociedade passa pelo processo de redemocratização e começa a se mobilizar e criticar o sistema asilar e os cuidados com a saúde de uma maneira geral, tanto que é nesse período que ocorrem as principais mudanças na política sanitária do país, como, por exemplo, a aprovação da Lei Orgânica de Saúde, que aponta a criação do Sistema Único de Saúde, em 1990.

Neste momento, há um forte movimento intitulado de Luta Antimanicomial, que defende a desinstitucionalização da psiquiatria, fazendo críticas severas aos hospitais psiquiátricos, tendo-os como instituições que segregam e não apresentam resultados eficazes no tratamento do doente mental, como bem analisa Maria Lucia Boarini (2006, p. 17), acerca do hospital psiquiátrico

Alvo de contundentes críticas pela ausência de resolutividade, pelo processo de cronificação que tem produzido a quem a ele recorre por sua utilidade para fins políticos, o hospital psiquiátrico é uma instituição condenada pelas sociedades democráticas. Não obstante, resistindo a todas as críticas, esta instituição atravessa os séculos ocupando um lugar hegemônico no cenário da psiquiatria.

Dentro desta primeira fase, deve-se destacar a importância de algumas conferências nacionais para o desenvolvimento desta luta social. A primeira delas é a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em março de 1986. A principal contribuição desta Conferência para a saúde foi a mudança de concepção acerca de seu próprio conceito, onde passa a ser vista como um direito do cidadão e um dever do Estado. Definiu também alguns de seus princípios básicos como a “universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram nova visão do Estado – como promotor de políticas de bem-estar social – e uma nova visão de saúde – como sinônimo de qualidade de vida (AMARANTE, 2001, p. 77). Nesta mesma conferência foram feitas diversas denúncias de maus tratos e violência no âmbito dos hospitais psiquiátricos (MARQUES, 2014, p. 11).

É a partir desta Conferência que ocorrem as convocações de inúmeras outras sobre temas específicos em saúde, inclusive de saúde mental. Podemos citar entre estas conferências a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em

junho de 1987, no Rio de Janeiro e o II Congresso Nacional do MTSM realizado em Bauru, em dezembro de 1987, que tinha como um de seus lemas principais a luta por uma sociedade livre de manicômios (AMARANTE, 2001, p. 81).

Neste mesmo ano foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, denominado de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, que passou a influenciar a transformação e a criação de diversos outros serviços no País (AMARANTE, 2001, p. 82).

A promulgação da Constituição de 1988 e das Leis nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/1990 (Lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde – SUS) trouxeram novas diretrizes para a saúde no país. Com estes avanços o modelo de assistência em saúde passa a ter que obedecer aos seguintes princípios e diretrizes: Universalidade; Eqüidade; Integralidade; Descentralização e Comando Único; Regionalização e Hierarquização; Participação Popular (ABP, 2014, p. 11).

A segunda grande fase do movimento da Reforma Psiquiátrica ocorre no período de 1992 a 2001. É neste período que há uma concretização da luta antimanicomial, com as primeiras conquistas no plano legislativo, bem como com a implementação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial e também com a chamada “desospitalização saneadora”, que reduz o número de leitos em hospitais psiquiátricos públicos e privados que não possuem condições humanas de funcionamento (VASCONCELOS, 2008, p. 36).

A terceira grande fase ocorre a partir do ano de 2001 e tem como marco fundamental a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216/2001. Para Vasconcelos (2008, p. 38) é nesse período que ocorre a “consolidação da hegemonia reformista e da rede de atenção psicossocial”.

Segundo Paulo Roberto Vieira (2014),

[...] atualmente o hospital psiquiátrico é um resíduo do passado símbolo de um período e de um modelo, marcados pelo obscurantismo. A proposta de extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos significava a superação de um modelo arcaico e obsoleto, técnica e socialmente. Não significa, ainda, abandono ou desassistência dos pacientes, muito pelo contrário: existem novas tecnologias de cuidado e assistência (Hospital - dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, núcleos de atenção psicossocial etc.) que, mantendo os direitos sociais e civis do sujeito enfermo, voltam-se para uma terapêutica verdadeira, e não para um simples nefasto isolamento. Para que possam vingar esses novos dispositivos terapêuticos, porém, em que a liberdade substitui a clausura, o rechaço dá lugar ao acolhimento e a singularidade de cada pessoa passa a imperar, é necessário que não se coloque a carroça na frente dos bois, ou seja, é preciso que organizem primeiro as áreas gerais para, depois, seja possível atingir as especializadas.

Afinal, para a construção de uma sólida edificação é mister efetuar uma consistente e profunda base, em terreno firme e consistente, para, então, assim atingirmos o bem comum.

O ano de 2001 é um importante momento para esse movimento de reforma do tratamento psiquiátrico, sendo definido pela Organização Mundial da Saúde como o Ano Internacional da Saúde Mental, sendo o seu lema: “Cuidar sim, excluir não” (BOARINI, 2006, p. 43).

Na direção deste pensamento, foi aprovada, depois de mais de doze anos de tramitação, na data de 6 de abril de 2001, a Lei Federal nº 10.216, de autoria do deputado Paulo Delgado, que amplia de forma significativa os direitos das pessoas que necessitem de tratamento psiquiátrico, bem como redireciona o modelo de assistência na área da saúde mental. A referida lei, em que pese trazer significativas mudanças para o tratamento psiquiátrico, ainda preserva alguns institutos do modelo excludente e apresenta uma certa resistência de se tratar do doente mental, conforme bem demonstra Boarini:

[...] não obstante a resistência à substituição do modelo pautado no isolamento e a grande distância do ideal, já se destacam os esforços para eliminar ou minimizar a discriminação relacionada ao transtorno mental e ao atendimento que se faz necessário. O tratamento, antes centralizado exclusivamente nos hospitais de caráter asilar, está sendo substituído, ainda que de maneira pulverizada em alguns municípios brasileiros, por ações de saúde mental em unidades básicas de saúde, centros de atenção psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, centros de convivência e cooperativas, hospitais-dia, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e outros tipos (2006, p. 43)

Uma das importantes definições da Lei 10.216/2001 esta a elaboração de um rol de direitos da pessoa portadora de transtornos mentais, elencado no parágrafo único do art. 2º. Dentre estes direitos estão: a) o acesso ao melhor sistema de saúde, de acordo com as suas necessidades (Inc. I); b) o tratamento mais humanizado e o respeito ao interesse exclusivo de benefício a sua saúde, visando sempre a sua reinserção social (Inc. II); c) a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração (Inc. III); d) o direito à presença de um médico para esclarecimentos acerca da efetiva necessidade da hospitalização involuntária, a respeito de sua doença e de seu tratamento (Incs. V e VII); e) o tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis (Inc. VIII); e f) o tratamento, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Inc. IX) (BRASIL, 2014a).

O § 3º do art. 4º do referido diploma legal veda a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, sendo assim considerados os estabelecimentos desprovidos de recursos como os serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros, bem como que não assegurem aos seus internos os direitos elencados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2014a).

Atualmente, no que se refere especificamente ao tratamento dos usuários de drogas, já está sendo implantado um novo modelo de atenção, como a criação dos CAPS ad e hospitais-dia, por exemplo, que considera-se uma das mudança de um modelo hospitalocêntrico para o não-hospitalocêntrico.

Destarte todos esses avanços, é sabido que o a reforma psiquiátrica ainda se encontra em fase de implementação, sendo necessário que, para sua total implementação, seja abandonado cada vez mais o tratamento institucionalizado, repressor e estigmatizante. Para isso, é necessário a implementação de um sistema integrado de tratamento, com vem sendo feito, com o CAPS, Hospitais-dia, a disponibilização de leitos em hospitais gerais dentre outras formas de assistência.

### **Formas de internação previstas na Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/2001)**

Primeiramente, cumpre lembrar que, ainda que com as constantes lutas sociais para a extinção do modelo de tratamento asilar, ainda hoje, há a possibilidade de internação de portadores de algum tipo de transtorno mental, esta possibilidade é trazida pela Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001) que é considerada um marco na luta antimanicomial do Brasil. Tal lei refere-se aos direitos e à proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como dá outras bases ao modelo assistencial em saúde mental.

Um dos principais objetivos da Lei é dispor sobre os diferentes tipos de tratamentos para as pessoas acometidas de algum transtorno mental, como é o caso dos usuários em situação de drogadição. Um destes tratamentos é a internação psiquiátrica.

A própria Lei estabelece que a internação será subsidiária dos demais recursos extra-hospitalares, ou seja, somente quando estes se mostrarem

insuficientes será indicada a internação, em qualquer de suas modalidades, nos termos do disposto no art. 4º.

A internação não poderá ocorrer, conforme dispõe o § 3º do mencionado artigo, em ambientes com características asilares, entendendo-se por asilares aqueles lugares onde não são assegurados ao paciente os direitos trazidos pela Lei, que foram objeto de extensa luta social no Brasil.

O art. 6º da Lei n. 10.216/2001 conceitua de forma sucinta as diferentes modalidades de internação psiquiátrica, quais sejam, a voluntária, a involuntária e a compulsória, trazendo como requisito para a sua ocorrência a existência de um laudo médico circunstanciado que exponha os motivos da internação.

A internação voluntária é aquela que ocorre quando há o consentimento do paciente, ou seja, o interessado no tratamento e nos seus resultados é o próprio portador do transtorno psiquiátrico, que irá requerer a internação ou consentir com o tratamento imposto (art. 6º, parágrafo único, inc. I). A internação involuntária se dá quando um terceiro postula a internação do paciente e não ele próprio (art. 6º, parágrafo único, inc. II). Já a internação compulsória, que é o objeto do presente estudo, ocorre quando há uma determinação judicial para que o portador do transtorno mental seja internado (art. 6º, parágrafo único, inc. III).

As duas últimas modalidades de internação se assemelham pelo fato de ambas se darem sem o consentimento do paciente, assim, o requerimento de internação fica por conta de outra pessoa que não o usuário do sistema psiquiátrico de saúde.

No entanto, a diferenciação dos dois sistemas de internação reside na pessoa que faz a solicitação para a internação, que no caso da internação involuntária ocorre se houver o pedido de um terceiro que tenha interesse no tratamento do paciente, familiar ou responsável legal. Já a internação compulsória ocorrerá somente com a intervenção prévia do judiciário, que fará formalmente o pedido para que o paciente seja compulsoriamente internado.

Para que a internação psiquiátrica seja efetivada nos parâmetros atuais da legislação vigente e para assegurar aos portadores de transtornos mentais os princípios constitucionalmente estabelecidos, é necessário que, tanto os profissionais da saúde quanto os operadores do direito, observem rigorosamente os procedimentos previstos na legislação vigente.

Em primeiro lugar, é importante frisar que há na legislação vigente, a possibilidade de responsabilização criminal do médico caso este não observe rigorosamente tais procedimentos. Conforme dispõe o art. 22 da Lei de Contravenções Penais, o profissional da saúde que “receber em estabelecimento psiquiátrico, e nele internar, sem as formalidades legais, pessoa apresentada como doente mental” será penalizado com multa. Na mesma pena incorrerá quem, ainda que feita a internação sem as formalidades legais, mas por motivo de urgência, deixar de comunicá-la a autoridade competente, no prazo legal, conforme dispõe o § 1º do supramencionado artigo (BRASIL, 2014b).

Estas formalidades legais são exigidas pela Lei nº 10.216/2001. Primeiramente, é requisito de qualquer das hipóteses de internação psiquiátrica a exigência de um laudo médico circunstanciado, conforme estabelece o art. 6º, *caput*, do referido diploma legal.

No caso específico da internação compulsória, esta é determinada nos termos da legislação vigente, conforme dispõe o art. 9º da Lei de Reforma Psiquiátrica, por um juiz competente para tal, que deverá atentar para as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Note-se que, ao médico apenas caberá a análise da conveniência da internação compulsória, visto que a decisão acerca da manutenção ou não da mesma caberá ao juiz que poderá fundamentar a sua decisão no laudo médico. Poderá e não deverá, haja vista que o juiz não está adstrito ao laudo para fundamentar sua decisão, nos termos do art. 182 do Código de Processo Penal (BRASIL, 2014c).

Importante frisar que o Poder Judiciário é órgão inerte, devendo promover a jurisdição mediante provocação. Assim é o que dispõe o art. 2º do CPC: “Nenhum juiz prestará a tutela jurisdicional senão quando a parte ou o interessado a requerer, nos casos e forma legais.” (BRASIL, 2014d).

Deve-se registrar que o Ministério Público possui legitimidade *ad causam* para a propositura do pedido de internação compulsória do dependente de substâncias, tendo em vista o disposto no art. 127, *caput*, da Constituição Federal de 1988, que incumbiu a este órgão a defesa da ordem jurídica, do regime democrático, dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Conforme já mencionado, a saúde é direito de todos e dever do Estado (art. 196 da CF), sendo elevado ao patamar de direito social, sendo, dessa forma, fundamental e indisponível (Art. 6º da CF).

A defensoria pública também é parte legítima para figurar no pólo ativo da demanda de internação compulsória, quando se tratar de defesa dos interesses dos necessitados (Art. 134 da CF), assim entendidos os que comprovem insuficiência de recursos. Ao abordar o tema o TJRS assim decidiu acerca da legitimidade deste órgão nestas demandas: “A Defensoria detém legitimidade ad causam para a ampla defesa dos interesses individuais dos necessitados, nos termos do que dispõem a LC nº 80/94 (LODEF), e o art. 134 da CF/88.”(Apelação Cível Nº 70049775893, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sandra Brisolara Medeiros, Julgado em 26/09/2012) (RIO GRANDE DO SUL, 2014a).

Este pedido de internação compulsória do dependente químico deve ser direcionado à Vara da Família, que é competente para o julgamento do feito, visto que se trata de autêntica ação sobre o estado da pessoa, conforme julgados do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, *in verbis*:

Conflito negativo de competência. Decisão monocrática. Ação de internação compulsória. Usuário de drogas. Autêntica ação de estado. Juízo cível especializado. Conforme precedentes, a competência para julgar a demanda que busca a internação compulsória de dependente químico é do juízo cível especializado - vara de família e sucessões - e não da vara da fazenda pública. Conflito negativo de competência procedente. (Conflito de Competência Nº 70058518234, Oitava Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Alzir Felipe Schmitz, Julgado em 10/04/2014) (Rio Grande do Sul, 2014B).

A decisão que autoriza a internação compulsória, a ser proferida pelo magistrado deverá estar demonstrado nos autos que o paciente encontra-se em um estágio de dependência grave que resulte em risco à sua vida ou à sua integridade física ou de terceiros, bem como a ineficácia dos meios extra hospitalares de tratamento, haja vista que a internação compulsória somente será permitida em casos realmente excepcionais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, o problema se encontra no fato de que a internação compulsória, quando adotada como o centro de uma política pública do Estado perde a sua essência, que é ser aplicada apenas em casos excepcionais e quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, conforme autorizado pela Lei



10.216/2001. Ou seja, poderá o uso arbitrário da medida implicar em graves violações a direitos humanos e as garantias individuais amparados constitucionalmente.

Destarte todos os avanços trazidos pelas reformas psiquiátrica e sanitária, há ainda muito que ser feito no que diz respeito ao tratamento do portador de transtorno mental, que num passado não muito distante era objeto dos mais desumanos tipos de tratamento, sem que o doente mental fosse elevado à condição de ser humano. Estes avanços podem ser notados na implementação de uma assistência integral em saúde mental que, cada vez mais, deixa o modelo hospitalocêntrico para valer-se de recursos extra-hospitalares como meio a assegurar a saúde e o bem-estar do portador de transtorno mental.

Assim, somente com a construção de um sistema integrado voltado para o tratamento extra-hospitalar e comunitário dos portadores de transtorno mental, incluindo-se aí os viciados em tóxicos, é que teremos, cada vez mais, o afastamento das medidas de internação psiquiátrica para o tratamento destes pacientes, sendo somente usadas em casos em que aqueles recursos não forem suficientes para o tratamento deste indivíduo, ressaltando-se sempre a dignidade e a cidadania do paciente internado.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1996. 141 p.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida : a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2001. 132 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**. Disponível em: <[http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes\\_final.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf)>. Acesso em: 24 de abril de 2014.

BRASIL. **DECRETO-LEI nº 3.688, DE 3 DE OUTUBRO DE 1941**. Lei de Contravenções Penais. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del3688.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm)> Acesso em: 05 maio 2014b.

\_\_\_\_\_. **DECRETO-LEI Nº 3.689, DE 3 DE OUTUBRO DE 1941**. Código de Processo Penal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del3689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm)> Acesso em: 08 maio 2014c.

\_\_\_\_\_. **LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo

assistencial em saúde mental. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)> Acesso em: 19 maio 2014a.

\_\_\_\_\_. **LEI No 5.869, DE 11 DE JANEIRO DE 1973.** Institui o Código de Processo Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l5869.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5869.htm)> Acesso em: 08 de maio de 2014d.

BOARINI, Maria Lúcia. **A loucura no leito de procusto.** Maringá, PR: Dental press, 2006. 128 p.

COSTA, Augusto Cesar de Farias. **Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica.** Disponível em: <[www.saudepublica.bvs.br/itd/legis/curso/pdf/a10.pdf](http://www.saudepublica.bvs.br/itd/legis/curso/pdf/a10.pdf)>. Acesso em: 19-07-2013.

MARQUES. Hérica Janaynna Bezerra de Menezes Macambira. **Os direitos da pessoa como fundamento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e a responsabilidade civil do gestor do SUS pelo controle das internações involuntárias.** Dissertação (Mestrado). Disponível em: <[http://www2.unifor.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=898871](http://www2.unifor.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=898871)>. Acesso em: 12 de abril de 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Cível. Direito À Saúde. Internação Compulsoria Para Tratamento Psiquiátrico. Legitimidade Ad Causam Da Defensoria Pública. Defesa De Interesse Individual Afeto À Saúde E Interesse Coletivo Afeto À Segurança Pública. A Defensoria detém legitimidade ad causam para a ampla defesa dos interesses individuais dos necessitados, nos termos do que dispõem a LC nº 80/94 (LODEF), e o art. 134 da CF/88. APELO PROVIDO. Apelação Cível Nº 70049775893, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sandra Brisolara Medeiros, Julgado em 26/09/2012). Disponível em: <[http://www.tjrs.jus.br/busca/?q=interna%E7%E3o+compuls%E3ria+legitimidade+ad+causam&tb=jurisnova&pesq=ementario&partialfields=tribunal%3ATribuna%2520de%2520Justi%25C3%25A7a%2520do%2520RS.%28TipoDecisao%3Aac%25C3%25B3rd%25C3%25A3o%7CTipoDecisao%3Amonocr%25C3%25A1tica%7CTipoDecisao%3null%29&requiredfields=&as\\_q=>](http://www.tjrs.jus.br/busca/?q=interna%E7%E3o+compuls%E3ria+legitimidade+ad+causam&tb=jurisnova&pesq=ementario&partialfields=tribunal%3ATribuna%2520de%2520Justi%25C3%25A7a%2520do%2520RS.%28TipoDecisao%3Aac%25C3%25B3rd%25C3%25A3o%7CTipoDecisao%3Amonocr%25C3%25A1tica%7CTipoDecisao%3null%29&requiredfields=&as_q=>)>. Acesso em: 02 de maio de 2014a.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Conflito Negativo De Competência. Decisão Monocrática. Ação De Internação Xompulsória. Usuário De Drogas. Autêntica Ação De Estado. Juízo Cível Especializado. Conforme Precedentes, A Competência Para Julgar A Demanda Que Busca A Internação Compulsória De Dependente Químico É Do Juízo Cível Especializado - Vara De Família E Sucessões - E Não Da Vara Da Fazenda Pública. Conflito Negativo De Competência Procedente. (Conflito de Competência Nº 70058518234, Oitava Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Alzir Felipe Schmitz, Julgado em 10/04/2014). Disponível em: <<http://www.tjrs.jus.br/busca/?q=interna%E7%E3o+compuls%E3ria+vara+da+fam%EDlia&tt=jurisnova&pesq=ementario&partialfields=tribunal%3ATribunal%2520de%2520Justi%25C3%25A7a%2520do%2520RS.%28TipoDecisao%3Aac%25C3%25B3rd>>

%25C3%25A3o%7CCTipoDecisa%3Amonocr%25C3%25A1tica%7CTipoDecisao%3Anull%29&requiredfields=&as\_q=>. Acesso em: 02 de maio de 2014b.

VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. **(MAL)DITA LIBERDADE E CIDADANIA: A Redução de Danos em questão**. Disponível em: <[http://tede.ucsal.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=164](http://tede.ucsal.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=164)> . Acesso em: 13-04-2014.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. . **Abordagens psicossociais: volume II, reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Hucitec, 2008. v.2.

VIEIRA, Paulo Roberto. **Políticas e estratégias de saúde no sistema único de saúde, de saúde pública e saúde mental**. Disponível em [www.ibemol.com.br/silveira/sus.doc](http://www.ibemol.com.br/silveira/sus.doc). Acesso em: 02 fev. 2014.

## DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: A OBRIGAÇÃO DE FORNECIMENTO PELO ESTADO DE ALIMENTOS SEM GLÚTEN AO PORTADOR DE DOENÇA CELÍACA

Lídia de Souza Vieira

Bacharel em Direito pela Unisul. Email: lidiasouzavieira@yahoo.com.br

Reginaldo de Souza Vieira

Doutor e Mestre em Direito – PPGD/UFSC. Líder do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Professor Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC. Email: prof.reginaldovieira@gmail.com

### RESUMO

**Introdução:** O direito à saúde está inserido na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu artigo 196, como um direito fundamental e essencial à vida da pessoa humana. Ressalta-se que as ações e serviços de saúde compõem, conforme disposição constitucional, uma rede regionalizada e hierarquizada formando um sistema, o Sistema Único de Saúde (SUS) (VIEIRA, 2013; VIEIRA, VIEIRA, 2011). Por intermédio desse sistema, são fornecidos serviços e ações de saúde de diversas maneiras, como assistência médica e farmacêutica. Todavia, no que tange à prestação de assistência de alimentos especiais, não há disponibilizado, sendo que somente ocorre o fornecimento quando existe determinação do Poder Judiciário, para que haja o cumprimento do direito à saúde. Assim, como o direito à saúde está amparado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, seria dever do Estado o fornecimento de alimentos sem glúten necessários para preservar à vida do indivíduo que é portador da Doença Celíaca, sendo que negligenciar esse direito constituiria uma afronta ao princípio da dignidade da pessoa humana. A Doença Celíaca é provocada pela intolerância permanente ao glúten. O glúten é uma proteína presente no trigo, no centeio, na cevada e na aveia. A intolerância, que decorre da não aceitação do glúten pelo organismo do indivíduo, não levada a sério, causa um dano considerável no intestino delgado, que poderá, inclusive, devido à má absorção de nutrientes, provocar complicações graves em todo o organismo, como desnutrição, perda de peso, osteoporose e até câncer. Nessa linha de raciocínio, deveria ser utilizada a razoabilidade para que o Estado verificasse a importância do direito à saúde, este vinculado ao direito à vida e à alimentação, sobrepondo-se, à argumentação dos entes públicos de ausência de orçamento para custear o fornecimento dos alimentos especiais. **Objetivo:** O presente estudo tem por objetivo a análise da possibilidade do fornecimento de alimentos sem glúten aos portadores da doença celíaca, pelo Estado, através do Sistema Único de Saúde (SUS). **Procedimentos metodológicos:** Para atingir o objetivo do estudo foi realizada uma pesquisa exploratória, sendo adotado, no tocante ao método de abordagem, o dedutivo; ao método de procedimento, o bibliográfico. A pesquisa consistiu no exame doutrinário, em especial das obras de Direito Constitucional e de Ciências da Saúde (Gastroenterologia), bem como nos estudos das Leis que regulam o Sistema Único de Saúde (SUS) e da Doença Celíaca. Além disso, foram demonstrados posicionamentos adotados pelos Tribunais brasileiros a respeito do direito à saúde através do fornecimento de alimentos sem glúten. **Resultados e Conclusão:** Constatou-se que os direitos à saúde, à alimentação e à vida são compromissos assumidos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, tendo o

princípio da dignidade humana como um dos princípios basilares do Estado brasileiro, bem como a questão da efetivação da própria vida humana através da distribuição de alimentos sem glúten, na qualidade de uma ação de prevenção, de promoção e de efetivação do direito à saúde. O Sistema Único de Saúde brasileiro, bem como a competência dos poderes públicos e os recursos financeiros a serem aplicados na área da saúde estiveram em pauta nestas reflexões teóricas. Portanto, existe a obrigação do Estado no fornecimento de alimentos aos portadores de Doença Celíaca, como condição para a garantia de seu direito à saúde, sobrepondo-se aos problemas estruturais do Sistema Único de Saúde e as alegações do Estado de ausência de recursos financeiros para a sua concretização.

**Palavras-chave:** Doença Celíaca; Direitos Fundamentais; Direito à saúde; Direito à Alimentação; Sistema Único de Saúde (SUS).

## REFERÊNCIAS

VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A cidadania na república participativa:** pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os conselhos de saúde. 540 p. Tese (Doutorado em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2013.

\_\_\_\_\_; VIEIRA, Roseli Schminski. O direito à saúde da criança e do adolescente. In: CUSTÓDIO, André Viana Custódio; VIEIRA, Reginaldo de Souza. (Orgs.).

**Estado, política e direitos:** políticas públicas e direitos sociais. Volume 3. Criciúma: UNESC, 2011. p. 79 -100.

## JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS: RESULTADO DO CONFLITO NAS DEFINIÇÕES DE NECESSIDADE EM SAÚDE?

Claudia Marcela Vargas Peláez

Doutoranda do programa de Pós-graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Luciano Soares

Doutor em Farmácia, Professor na Universidade da Região de Joinville - Univille.

Mareni Rocha Farias

Doutora em Farmácia, Programa de Pós-graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

### RESUMO

**Introdução:** Ainda que os diferentes sistemas de saúde na América Latina tenham definido estratégias para garantir aos seus usuários o acesso a medicamentos, nem sempre os pacientes têm satisfeitas suas demandas em saúde e, cada vez com maior frequência, recorrem à via judicial de acessibilidade dos medicamentos (Hogerzeil, et al, 2006). A formação das necessidades em saúde parece desempenhar papel central na construção do fenômeno de acessibilidade judicial de medicamentos. A necessidade em saúde pode ser definida como um meio (recurso, insumo, serviço) considerado valioso para se alcançar um resultado positivo em saúde (Willard, 1982). O objetivo deste estudo é analisar o contexto atual do acesso a medicamentos pela via judicial a partir da Taxonomia da necessidade social proposta por Bradshaw (1972). **Desenvolvimento:** Bradshaw (1972) classificou as necessidades sociais em *normativa* (correspondente a um padrão definido profissionalmente como necessidade), *sentida* (corresponde ao desejo da população), *expressa* (demanda, necessidade sentida transformada em ação, demanda) e *comparativa* (correspondente ao déficit de uma população quando comparado à outra de características semelhantes). Para explorar a relação existente entre o conceito de necessidade e a judicialização da assistência farmacêutica propôs-se a análise de algumas situações. **Situação 1:** Usuário recebeu prescrição de medicamento, padronizado pelo sistema de saúde (necessidade normativa), e quando se dirige à farmácia para retirar o produto (necessidade expressada) o encontra disponível (necessidade comparativa), permitindo o acesso do usuário. **Situação 2:** Usuário recebeu prescrição de medicamento padronizado pelo sistema de saúde (necessidade normativa). Embora perceba que deve usar o medicamento (necessidade sentida), ele não tem condições físicas ou financeiras para ir ao local onde o medicamento é disponibilizado (necessidade não expressada). Neste caso a demanda é limitada pela acessibilidade do serviço. **Situação 3:** Usuário recebeu prescrição de medicamento padronizado pelo sistema de saúde (necessidade normativa), percebe que deve usar o produto (necessidade sentida), mas o produto não está disponível, seja por falta de recursos ou pela organização inadequada do serviço farmacêutico (necessidade comparativa negativa). Neste caso o paciente recorre à demanda judicial (necessidade expressada) como meio alternativo de acessibilidade do medicamento. Essa demanda tende a ser vista como legítima, pois a necessidade é reconhecida pelos *experts*, incluindo médicos e profissionais, que elaboram as listas que organizam o provimento administrativo (necessidade normativa). **Situação 4:** Paciente recebe prescrição de medicamento não padronizado

(necessidade normativa negativa), que, portanto, não é acessível no serviço de saúde (necessidade comparativa negativa). Por não conseguir acesso, o paciente recorre à via judicial (demanda expressada). Neste caso, a intervenção judicial pode ser considerada uma via legítima de acesso, quando os medicamentos prescritos são “cl clinicamente necessários”; isso ocorre quando existem lacunas nas políticas públicas que visam garantir a acessibilidade de medicamentos, por exemplo, doenças de baixa prevalência, ou quando o paciente não responde às alternativas terapêuticas padronizadas (Boy et al, 2011). No entanto, a via judicial pode ser utilizada para a acessibilidade de medicamentos “cl clinicamente desnecessários”, ou seja, quando o medicamento não padronizado que foi prescrito tem substituto equivalente na lista de medicamentos, ou como no caso de prescrição de medicamento com indicações não autorizadas (uso off-label) (Vargas – Peláez et al, 2013). **Conclusões:** O comportamento de uso de medicamentos (ou acesso) é um fenômeno social, e apresenta uma relação complexa com a formação da necessidade. A necessidade sentida, associada ao comportamento médico de prescrever, eleva a perspectiva do uso de um medicamento. Ao mesmo tempo, o não reconhecimento normativo configura uma barreira ao acesso do usuário, limitando a acessibilidade do produto, e confrontando o comportamento médico na prescrição (lembrando que os médicos detêm legitimidade social conferida pelo próprio sistema de saúde, na medida que a legislação outorga exclusividade desses profissionais sobre a prescrição). Em termos de comportamento social, não é compreensível ao paciente porquê o médico prescreve e os especialistas do sistema de saúde limitam o acesso, deslegitimando o produto; e, dado que não existe um serviço associado à dispensação de medicamentos, não existe um contraponto ao serviço médico na formação da necessidade. Assim, o resultado é da legitimidade conferida pelo comportamento médico ao produto contra uma norma de *experts*, distantes do paciente, que deslegitima o mesmo produto. Lembrando que o demandante judicial é o usuário; o contexto apresentado motiva a pessoa a decidir por essa via de demanda.

**Palavras-chave:** Judicialização da Assistência Farmacêutica; Direito à saúde; Necessidade em Saúde.

## REFERÊNCIAS

Boy, R., Schwartz, I.V.D., Krug, B.C., Santana-da-Silva, L.C., Steiner, C.E., Acosta, A.X., Ribeiro, E.M., Galera, M.F., Leivas, P.G.C. & Braz, M. (2011). Ethical issues related to the access to orphan drugs in Brazil: The case of mucopolysaccharidosis type I. *Journal of Medical Ethics*, 37(4), 233-239.

Bradshaw, J. (1972). A taxonomy of social need. *Problems and progress in medical care: Essays on Current Research*. G. McLachlan. London, Oxford University Press.

Hogerzeil, H.V., Samson, M., Casanovas, J.V., & Rahmani-Ocora, L. (2006). Is access to essential medicines as part of the fulfillment of the right to health enforceable through the courts? *Lancet*, 368(9532), 305-311.

Vargas-Peláez, C.M., Rover M.R.M., Leite S.N., Rossi-Buenaventura F.A., Rocha M.F. (2013) Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines – A systematic review. *Social Science and Medicine*. *Submetido*

Willard, L. D. (1982). "Needs and medicine." *Journal of Medicine and Philosophy* 7(3): 259-274.

## **AGRADECIMENTOS**

Claudia Vargas recebe bolsa de doutorado no exterior por parte de Colciencias, entidade de fomento à pesquisa da Colômbia.



## POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL: REFLEXÕES CRÍTICAS SOBRE DIFERENTES ABORDAGENS

Lucas França Garcia

Sociólogo. Mestre em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, lucasfgarcia@gmail.com

Alessandra Mendes Calixto

Enfermeira. Conselheira em Dependência Química. Mestranda em Ensino na Saúde, UFRGS. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, calixto.ale@gmail.com;

Mariana Escobar

Nutricionista. Mestre em Ciências Biológicas, UFRGS. Hospital de clínicas de Porto Alegre, nutrimariescobar@gmail.com;

Charlise Pasuch de Oliveira

Enfermeira. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, charlise.pasuch@gmail.com;

Cássio Lamas Pires

Professor de Educação Física. Mestrando em Saúde Coletiva. UFRGS. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, cassilhano@gmail.com

### RESUMO

**Introdução:** As políticas públicas sobre a temática das drogas no Brasil sofreram significativas alterações nos últimos tempos, especialmente no que tange aos dispositivos assistenciais e ao olhar lançado sobre os usuários de drogas. Nos anos 70, a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica focava as questões relacionadas a doença mental, deixando o uso de drogas à margem dos debates. As lutas pela Reforma Sanitária e pela implementação do Sistema Único de Saúde, a partir da redemocratização do país, suscitaram reflexões pertinentes aos modelos de atenção à saúde. Consequentemente a este processo dispararam-se os movimentos sociais de trabalhadores e usuários que reivindicavam pela Reforma Psiquiátrica. O ano de 1992 é um marco histórico importante no estado do Rio Grande do Sul, ano em que foi sancionada a Lei Estadual nº 9.716 sobre a Reforma Psiquiátrica. Em seu texto, a lei prevê a substituição progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, até então único aparato público de suporte, por uma rede de serviços de atenção integral em saúde mental. Estes serviços, chamados à época de serviços substitutivos, foram sendo regulamentados pelo SUS e após uma década incompleta instituiu-se a Reforma Psiquiátrica Nacional por meio da Lei nº 10.216, de 2001. **Objetivo:** Analisar as diferentes políticas públicas do campo da saúde mental, em especial as políticas públicas sobre drogas. **Método:** Análise histórica, qualitativa e de conteúdo das diferentes Leis e Documentos Oficiais, que compõem as políticas públicas sobre drogas no Brasil. **Discussão:** No Brasil, o tema sobre as drogas, historicamente, foi gerido no âmbito da justiça e tratado como caso de polícia e do direito penal. Nos dias de hoje, essa questão foi de certa maneira superada pela diferenciação entre usuário e traficante. Conforme a Lei Federal nº 6.368, de 1976, o usuário era categorizado como traficante, criminoso, o que somente após 30 anos a Lei Federal nº 11.343 de 2006 vem a separar ao determinar que o porte de drogas, mesmo que sem determinação legal, possa receber penas alternativas como advertência pelo uso de drogas, prestação de serviços e medidas educativas, e não a privação da liberdade.

Falar sobre a temática das drogas, modelos de atenção, abordagens e as visões lançadas sobre ela implica caminhar sobre um terreno de disputas e opções doutrinárias distintas. Se por um lado, por muito tempo, e há ainda presente, uma forte corrente que defende ações proibicionistas e repressivas em relação ao uso de drogas, temos também a opção de olhar pela ótica da liberdade de escolhas e de que as pessoas são livres para fazerem o que quiserem nas suas vidas. E aqui, é possível afirmar que a mesma corrente conservadora, que reivindica a proibição, a repressão, ou seja, adeptos da “guerra às drogas” possui uma idéia de que para tratar das drogas, ou da dependência delas, se constrói pela abstinência total de qualquer substância psicoativa. Dessa forma identificou-se que a produção científica em torno do verbete Redução de Danos estava ligada em sua maioria a produções acadêmicas universitárias e a instituições públicas de saúde. É possível interpretar que há na temática das drogas um duelo entre opções doutrinárias distintas no que diz respeito às crenças sobre o que é melhor para o usuário. É a estratégia da Redução de Danos a força minoritária, visto que estruturou-se por diversas disciplinas relacionadas à saúde, e por isso teve seu processo de implementação retardado ou até mesmo enfraquecido? Ou é a estratégia da abstinência total a força hegemônica comumente advogada pelo saber médico e jurídico? Aqui, cabe reforçar que não se trata de optar por uma em detrimento da outra, pois elas conversam, ou deveriam conversar.

**Considerações Finais:** O fato é que há tempos a falência do modelo repressor e proibicionista das drogas e as ofertas de tratamento inspiradas em intervenções excludentes, separando o usuário do convívio social, sempre esteve latente. Este olhar estritamente biológico ao problema retoma forças a partir das dificuldades de aplicação da estratégia de Redução de Danos no Brasil. Isto converge com a implementação do Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas que mesmo tendo em seus objetivos a reestruturação e reforço da política de Redução de Danos, prevê com força o modelo de internação para usuários de drogas no país.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Políticas Públicas; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

## REFERÊNCIAS

ADADE, Mariana. MONTEIRO, Simone. **Educação sobre drogas: uma proposta orientado pela redução de danos.** Educ. Psiqui., São Paulo v. 40, n.1, p. 215-230, jan/mar 2014.

INGLEZ-DIAS, Aline. RIBEIRO, José Mendes. BASTOS, Francisco I. PAGE, Kimberly. **Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano.** Ciência e Saúde Coletiva 19(1):147-157, 2014.

PICCOLO, F. D.; KNAUTH, D. R. Uso de drogas e sexualidade em tempos de AIDS e redução de danos. **Horizonte Antropológicos**, Porto Alegre, v. 8, n 17, p. 127-145, 2002.

SANTOS, Vilmar; SOARES, Cassia; CAMPOS, Célia. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 16, p. 115-29, 2010.

\_\_\_\_\_. A produção científica internacional sobre redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, v. 8, n. 1, p. 41-7, 2012.

## ATIVISMO SANITÁRIO EM FACE DE SUA RESPONSABILIDADE SOCIOAMBIENTAL

Daiane Acosta Amaral

Mestranda em Direito/FURG; Advogada; daia\_acostamaral@hotmail.com

José Ricardo Caetano Costa

Doutor em Serviço Social- PUC-RS-; jrcc.pel@gmail.com

David Silva de Souza

Mestrando em Direito/FURG; Advogado; david\_souza\_21@hotmail.com

### RESUMO

**Introdução:** O Ativismo Sanitário procura superar os óbices da legitimação dos modelos formais e materiais que imperam no Direito Sanitário. Direito Sanitário pode ser entendido como um conjunto de normas jurídicas de atividade do Poder Público destinada a ordenar a proteção, promoção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e asseguradores deste direito. (ROCHA, 2011, pág. 21). O Direito Sanitário faz parte dos “novos direitos”, possuindo como características a horizontalidade, a pluritutela normativa e o princípio-garantia da relevância pública. **Desenvolvimento:** No que tange ao estudo dos “novos direitos” relacionados às esferas individual, social, metaindividual, bioética, ecossistêmica, tecnocientífica e virtual exige pensar e propor instrumentos jurídicos adequados para viabilizar sua materialização e para garantir sua tutela jurisdicional, seja por um novo Direito Processual, seja por meio de uma Teoria Geral das Ações Constitucionais. WOLKMER (2012, pág. 17). Percebe-se que o sistema jurídico sanitário é hierarquizado, burocratizado, normativo, enclausurado pela legalidade latente. Diante disso o Ativismo Sanitário atua com sinergia, organiza-se em forma de rede trans e intersetorial, logo, as infinitas inter-relações reforçam o nascimento do alargamento da complexidade do próprio sistema sanitário. Obviamente que esse novo “pensar” revela-se confuso para o jurista centrado no fiel cumprimento das interposições normativas. Todavia tal modo de atuar não significa discricionariedade absoluta, e sim, humanização do direito sanitário, dando-lhe verdadeiro sentido. Em síntese, o Ativismo Sanitário procura superar o sistema axiomático, prevalecendo o senso prático, a peculiaridade do caso concreto. Realizar o ativismo sanitário é entender que o Direito Sanitário é interligado por mecanismos que vão além de pretensão de autofundação do Direito. A saúde, até a promulgação da Constituição de 1988 era conceituada como assistência sanitária, hospitalar e médico-preventiva, em síntese, um direito dirigido ao trabalhador que contribuísse para a previdência social. Vale destacar que com a Constituição Federal de 1988, surge um novo conceito de saúde surge, ao passo que no artigo 1º, Inc. III da Carta Magna, a dignidade da pessoa humana está presente como fundamento da República Federativa do Brasil, bem como a promoção do bem de todos, como assevera o artigo 3º, Inc. IV como objetivo do país. Neste sentido a saúde está contida no rol dos direitos sociais constantes do artigo 6º, inserida no Título II que abarca os direitos e garantias fundamentais, chamada de clausula pétrea. Em suma trata-se de um direito de todos e dever do Estado. Percebe-se que no Estado Socioambiental, o Estado compromete-se a promover a saúde da população, através de políticas sociais e econômicas que

buscam a redução do risco de doença e de outros agravos e com acesso universal igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação, garantida a liberdade de assistência à saúde à iniciativa privada, conforme artigos 196 e 199 da Constituição Federal de 1988. No que diz respeito à relevância pública, esta significa que as ações e serviços de saúde constituem um conjunto de medidas dirigidas ao enfrentamento das doenças e sua sequela, através da atenção médica preventiva e curativa, bem como de seus determinantes e condicionantes de ordem econômica e social. **Considerações finais:** Assim, percebe-se que a evolução permanente faz com que o Direito Sanitário seja de grande importância, haja vista que os direitos tutelados não estão definidos para um grupo específico, o que revela a proteção de direitos difusos, isto é, que ultrapassam a esfera do direito pessoal, atingindo ao mesmo tempo um número indeterminado de indivíduos.

**Palavras-chave:** Ativismo Sanitário; Responsabilidade; Estado Socioambiental.

## REFERÊNCIAS

CARVALHO, G.I; SANTOS, L. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

COSTA, Ediná Alves. **Fundamentos de Vigilância Sanitária**. In: Vigilância Sanitária: temas para debate. Salvador: EDUFBA, 2009.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Direito Sanitário**. In: Direito sanitário e saúde pública. Ministério da saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, departamento de gestão da educação na saúde. Marcio Iorio Aranha (org.) Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

ROCHA, Julio Cesar de Sá de. **Direito da Saúde: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

WOLKMER, Antonio Carlos. **Introdução aos Fundamentos de uma Teoria Geral dos “Novos” Direitos**. In: Os “novos” direitos do Brasil. São Paulo: Saraiva, 2012.

## A CARÊNCIA DE ESTRUTURA JURÍDICA PRÓPRIA PARA OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS COMO PROBLEMA PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Vinícius Castro da Silva

Faculdade de Administração/Universidade Federal de Pelotas  
vinicius.castro@ufpel.edu.br

Carolina de Vargas Nunes Coll

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia/Universidade Federal de Pelotas  
carolinavncoll@gmail.com

### RESUMO

**Introdução:** É indissociável tratar do problema da efetivação do direito à saúde no Brasil sem relacioná-lo com as falhas de estrutura jurídica na gestão da saúde pública. Neste contexto, está a falta de uma estrutura jurídica adequada para o correto gerenciamento dos Hospitais Universitários Brasileiros. Os Hospitais Universitários passaram a ter um papel de extrema relevância nas políticas do Governo Federal no que concerne a educação e a saúde pública do Brasil, a partir de sua entrada no Sistema Único de Saúde em 1987 (1). Segundo o Ministério da Educação – MEC, os Hospitais Universitários têm por objetivo a formação de capital humano e aprimoramento tecnológico da medicina no país, buscando maiores padrões de eficiência para o SUS (2). Contudo, tal eficiência é abalada através de uma estrutura jurídica de gestão pouco eficaz para alcançar os princípios do SUS (Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira) (3).

**Desenvolvimento:** Dos 45 (quarenta e cinco) Hospitais Universitários atualmente vinculados ao MEC, 43 (quarenta e três) deles não possuem personalidade jurídica, fazendo parte de Unidades Acadêmicas das Instituições Federais de Ensino Superior. Tais entes públicos estão compostos dentro da formatação de autarquias ou fundações públicas (14), obedecendo as regras extremamente restritas para contratação por meio da Lei Federal 8.666/93, fazendo parte de um contexto burocrático que limita a agilidade necessária para execução dos serviços de saúde (13). Então, para evitar o engessamento dos serviços dos hospitais, um dos mecanismos utilizados foi o uso das Fundações de Apoio Universitárias, que passaram em grande parte do país a geri-los (12). Em 2008, o Tribunal de Contas da União fez avaliação do relacionamento entre as universidades federais e suas fundações de apoio, através da TC N.º 017.177/2008-2, que gerou a orientação centralizada por meio do Acórdão N.º 2731/2008. O conteúdo de deliberação da Corte de Contas foi direcionada ao MEC, para o fim de normatizar o relacionamento entre universidades e fundações de apoio no que concerne principalmente ao controle dos contratos de terceirização irregulares de bens e serviços na manutenção das universidades (15). Em 2009, o Tribunal de Contas da União voltou-se especificamente para os Hospitais Universitários, deliberando na TC N.º 002.024/2009-5, que originou o Acórdão N.º 2813/2009, que existia uma problemática em nível nacional no que diz respeito à destinação dos recursos financeiros nacionais de saúde do orçamento da Seguridade Social (artigo 198, §1º e 2º, CF/88), estarem sendo administrados parcial ou integralmente pelas Fundações de Apoio. Tal efeito negativo na saúde pública do país é fruto da opção de uma política estrutural de

gestão pública, oriunda do neoliberalismo. O Brasil tem seguido esta projeção estrutural de administração desde o governo de Fernando Henrique Cardoso, cuja lógica é ver a saúde e a educação como atividades não exclusivas do Estado, partindo do raciocínio do Estado subsidiá-las, mas não desenvolvê-las diretamente (8). Em outros termos, pouco ou nada mudou no contexto de estrutura de administração política do país nos últimos anos, seguindo a cartilha do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado de 1995, que tem entre suas características a privatização dos serviços públicos, seja por meio da criação de Organizações Sociais ou de Fundação de natureza privada (6). Seguindo este caminho, o governo federal busca solucionar a problemática da relação universidades federais, hospitais escolas e fundações de apoio, através da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), instituída pela Lei Federal n.º 12550, de 15 de dezembro de 2011, com personalidade jurídica de direito privado e enquadramento de empresa pública unipessoal (5). A EBSERH é mais um exemplo de busca de transferência de patrimônio público, flexibilização dos direitos laborais dos agentes públicos das universidades, bem como o estabelecimento de financiamentos das políticas sociais mediante a celebração de contratos de gestão e busca de captação de recursos com a venda de serviços, fazendo a inserção das políticas e direitos sociais no mercado (10). É o fenômeno de privatização, tão questionado pelos que defendem a hegemonia dos serviços sociais serem de competência privativa do Estado (9). Contudo, a EBSERH surge como solução dos impasses de carência estrutural dos hospitais universitários, partindo da desregulamentação por meio de contratos de gestão de serviços públicos com provedores privados, dispensando licitação (Art. 5º Lei Fed. n.º 12550/11). Esta proposta originária do Ministério da Educação, acomoda-se as ideias incipientes de 2007 do governo Lula, que apontavam como solução para carência de estrutura jurídica as fundações estatais de direito privado através do Projeto de Lei - PL92 de 2007. Nesse linear histórico, tem-se ainda a criação da empresa brasileira de serviços hospitalares sociedade anônima (EBSERH S.A.), fruto da Medida Provisória n.º 520 de 2011, que fora derrubada pelo decurso de prazo sem votação no Senado (9). Diga-se que a criação da EBSERH por meio da Lei Federal n.º 12550, de 15 de dezembro de 2011, possui constitucionalidade duvidosa, uma vez que repassa para empresa pública com personalidade jurídica de direito privada a prestação de parcela considerável do serviço público de saúde do país. Segundo o Procurador-Geral da República, a Lei é inconstitucional, interpondo ação direta de inconstitucionalidade n.º 4895, em 3 de janeiro de 2013, a fim de ver declarada as inconstitucionalidades dos dispositivos legais que tratam das atribuições, gestão e administração dos recursos públicos, repassados para EBSERH, bem como as contratações de pessoas para a empresa pública sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho através de concurso públicos simplificados por tempo determinado e indeterminado (7). Frise-se ainda que a Lei Federal n.º 12550 de 2011 é ordinária, não possuindo aptidão para definir as áreas de atuação da EBSERH, como faz no seu artigo 3º, uma vez que o artigo 37, inciso XIX, da Constituição Federal de 1988, exige lei complementar (7). Ao que tudo indica, se está longe de suprir o impasse de uma estrutura jurídica sólida para os hospitais universitários, visto que possui a finalidade precípua de atender o ensino, a pesquisa e a extensão, mas, ao mesmo tempo, ocupam papel primordial no atendimento do Sistema Único de Saúde, nos termos do artigo 45 da Lei Orgânica do SUS - Lei Federal 8088 de 1991. **CONCLUSÕES:** É inegável, assim, que existe uma carência de estrutura jurídica específica para os Hospitais Universitários, ocasionando uma fragilidade nos mecanismos de controle dos gastos com a saúde. O repasse da responsabilidade de gestão financeira para fundações de apoio é uma ilegalidade de

delegação para entidades privadas, com o fim de criar mais flexibilidade de gestão e maior liberdade de iniciativa. Não se pode esquecer, porém, que este problema de gestão está associado às escassas e incertas disposições orçamentárias destinadas pelo Governo Federal para as atividades típicas das universidades, causando efeitos crônicos na manutenção das instituições de ensino superior. A estrutura atual de gestão dos hospitais universitários não atende os critérios legais de gestão pública, bem como as rígidas regras da administração pública são incompatíveis as necessidades dos serviços de saúde. Portanto, é iminente a necessidade de criação de uma estrutura jurídica própria para os hospitais universitários, a fim de atenderem seus objetivos.

**Palavras-chaves:** Hospitais Universitários; Sistema Único de Saúde; Direito à Saúde.

## REFERÊNCIAS

- (1) BARROS, Célio da Costa. et al. Há sistema de Custos nos Hospitais Universitários Federais? Londrina: Revista de Estudos Contábeis. 2013. p. 78-98.
- (2) BRASIL. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&> . Acesso em 8.5.2014.
- (3) BRASIL. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/rxdescr.htm>. Acesso em 10.5.2014.
- (4) BRASIL. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8666cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm). Acesso em 10.5.2014.
- (5) BRASIL. Lei Federal n.º 12550/2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm), Acesso em: 24.5.2014.
- (6) BRASIL. Ministérios da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria de Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 74p. (Cadernos MARE da Reforma do estado; v.2).
- (7) BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADI n.º 4895/2011. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=227949>, Acesso em: 24.5.2014.
- (8) LEHER, Roberto. Projetos e modelos de autonomia e privatização das universidades públicas. In: GENTILI, Pablo. Universidade na Penumbra: Neoliberalismo e Reestruturação Universitária. São Paulo: Cortez. 2001.
- (9) MACHADO, Sérgio Pinto. KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2007. p. 871 - 877.
- (10) MARCH. Claudia. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, universidades públicas e autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital. Brasília: Revista Universidade e Sociedade. Ano XXI. N.º 49. 2012.



(11) MARINELA, Fernanda. Direito Administrativo. 4 ed. Niterói: Impetus. 2010. p. 205.). No mesmo sentido, o STF: ADI N.º 1771.

(12) PAES, José Eduardo Sabo. Fundações, Associações e Entidades de Interesse Social. 8ª ed. Rio de Janeiro: Forense. 2013.

(13) PALMEIRA, Ministro Guilherme. Voto constante no Acórdão N.º 289/2007 TCU.

(14) SILVA, Reinaldo O. da. Teorias da Administração. São Paulo: Pearson Prentice Hall. 2008. p. 163.

(15) SOUZA, Marco Aurélio de. Relatório constante no Processo N.º 017.029/2010-2 do TCU.

## **EIXO 2 – EDUCAÇÃO, TRABALHO E SAÚDE**

---

## SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE<sup>1</sup>

Letícia de Lima Trindade

Doutora em Enfermagem, docente da Universidade do Estado de Santa Catarina e da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, letrindade@hotmail.com

Daiane Dal Pai

Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, daidapai@yahoo.com.br

Simone Coelho Amestoy

Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal de Pelotas, simoneamestoy@hotmail.com

### RESUMO

**Introdução:** o campo da saúde do trabalhador (ST) tem sua origem em uma conjuntura política de organização e de lutas pela redemocratização do Brasil, sobretudo a partir da década de 1980, em que vários atores, situados em espaços e lugares sociais diferentes, confluíram no questionamento das concepções e das políticas públicas de saúde vigentes (MINAYO GOMEZ, 2011). Nesse contexto, este trabalho busca fazer um resgate teórico sobre a ST no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta resgata as principais ações direcionadas a ST na atualidade, discutindo avanços e limitações, buscando tecer novas perspectivas sobre o tema.

**Desenvolvimento:** pensar o cenário desta política pública compreende regatar uma história que tem registros iniciais no final dos anos 1970, tomada pela Medicina Social Latino-americana, e, na sequência pela Saúde Ocupacional. Mesmo com a implantação do SUS na década de 1990, estruturado a partir da Reforma Sanitária, a atenção à saúde dos trabalhadores tem restrita influência da Saúde Coletiva, o que limita a compreensão mais ampliada das relações saúde/doença-trabalho. Entretanto, observa-se como conquistas a implantação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), que estabelece procedimentos orientadores das ações e serviços do SUS, incluindo o direito a informações sobre a saúde, controle social, a regionalização e a hierarquização das atividades assistenciais. Ainda, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), a qual fornece subsídios fundamentais para o desenvolvimento de suas ações no âmbito do SUS e a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que propõe a organização de uma rede nacional de informações e práticas de saúde voltadas para assistência, vigilância e promoção da saúde do trabalhador no SUS (BRASIL, 2005). Na sequência a RENAST foi expandida em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), com vistas à regionalização destas atividades e maior incorporação destas aos serviços públicos de saúde, compreendidos como pólos irradiadores, responsáveis técnico-científicos em ST. A estruturação da RENAST pressupõe a organização de suas ações junto à Atenção Básica em Saúde, aos serviços de urgência e emergência e a atenção especializada (ambulatorios e hospitais) (CORRÊA; PINHEIRO; MERLO, 2013). Contudo, somente em 2012 foi aprovada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a qual tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde dos trabalhadores, com ênfase

---

<sup>1</sup>Resumo Conferência: “Gestão dos serviços públicos do SUS e a saúde do trabalhador”

na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012). Esses dispositivos mencionados sinalizam avanços na atenção disponível ao trabalhador no contexto do SUS. No entanto, por vezes o modelo atual de atenção à saúde, no atendimento retoma a lógica biológica, centrada na doença e na penalidade do trabalhador pela perda de sua saúde, um modelo limitado do ponto de vista dos interesses da classe trabalhadora e que torna os objetivos prioritários da Política, a prevenção do adoecimento e promoção da saúde, pouco visíveis. **Considerações finais:** a ST tem como desafio articular diferentes ações, com base em um referencial teórico e com instrumentos que resgatem e integrem as dimensões individual, coletiva, técnica e política envolvidas nas condições de vida e trabalho dos indivíduos e coletividades. Necessita-se, dessa forma, da integralidade das práticas, associação das ações preventivas e curativas, atuação transdisciplinar e interinstitucional, dinamismo no entendimento e intervenção nos processos produtivos em razão das constantes, dinâmicas e complexas transformações, bem como a participação dos trabalhadores, como sujeitos singulares nas ações de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.437, de 7 de dezembro de 2005.**

Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 8 dez.2005. Disponível em: [www.renastonline.org.br/indes.php?option=com\\_content&view=article&id=33:portaria-n-o2437-de-0712-2005](http://www.renastonline.org.br/indes.php?option=com_content&view=article&id=33:portaria-n-o2437-de-0712-2005).

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.823 de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html). Acesso dia 26/04/2014.

CORRÊA, Maria Juliana Moura; PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. (Org). **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: Teorias e Práticas.** Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

MINAYO GOMEZ, Carlos, MACHADO, Jorge Mesquita Heut e PENA, Paulo Gilvane Lopes. (Org.) **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea.** Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2011.

## **ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS EM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DO SUL DE SC**

**Fernanda Faustini Guglielmi Sônego**

Universidade do Extremo Sul Catarinense  
fgfsonego@unesc.net

**Josete Mazon**

Universidade do Extremo Sul Catarinense  
jmz@unesc.net

**Juliana Nuernberg**

Universidade do Extremo Sul Catarinense

**Ana Paula Gambalonga**

Universidade do Extremo Sul Catarinense

### **RESUMO**

O câncer é a segunda doença que mais causa óbitos em todo o país, e esse quadro agrava cada vez mais. A região Sul, é aonde mais pessoas são acometidas pela doença. Neoplasias é um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástases) para outras regiões do corpo (INCA, 2011). Na maioria dos casos o tratamento é a quimioterapia e ou a radioterapia, que tem propiciado efeitos colaterais sistêmicos como queda do cabelo, enjôos, tonturas, e na cavidade bucal como: o trismo, xerostomia, hipossalivação, mucosites, ulcerações, aumento na prevalência de cárie e problemas na articulação temporomandibular (ATM), (FREITAS, et al., 2010). OBJETIVOS: contribuir para o aprendizado acadêmico e o trabalho multiprofissional, como também orientar sobre cuidados bucais que previnam complicações e proporcionem mais saúde e qualidade de vida aos pacientes oncológicos em tratamento no Hospital de grande porte do Sul Catarinense. METODOLOGIA: Trata-se de um projeto de extensão, que foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, da UNESC e do Hospital São José, sob o nº 625.417. Ele foi realizado na Clínica de Oncologia, do referido Hospital de grande porte, no período de maio a dezembro de 2013, por acadêmicas capacitadas, do Curso de Odontologia, da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), coordenados por docentes da instituição. Foram realizadas visitas de segunda a sexta feira, no período vespertino, à Clínica de Oncologia do Hospital São José de Criciúma-SC, para a realização da busca ativa de pacientes em tratamento oncológico. Foi aplicado um questionário semi-estruturado, elaborado especificamente para o projeto, objetivando verificar o conhecimento e a história médica àqueles pacientes em tratamento que aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo a resolução nº 446/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após foram realizadas orientações sobre os possíveis efeitos colaterais que os tratamentos quimioterápicos e radioterápicos podem causar bem como os cuidados que se deve ter para evitar complicações. As orientações realizadas salientaram: A realização de uma boa higiene bucal, como: escovar os dentes, passar o fio dental, fazer bochechos com enxaguante bucal sem álcool, utilizar escova de dente macia e realizar profilaxias no consultório odontológico; A importância de um acompanhamento Odontológico juntamente ao tratamento oncológico; A necessidade

de um cirurgião dentista na equipe hospitalar; A aquisição de bons hábitos alimentares. **RESULTADOS:** Pode-se observar que muitos pacientes têm alterações bucais, como: hipossalivação (46,4%); mucosites (25,6%); falta de paladar (14,4%); dor/halitose/ulcera (13,6%) sentem algum tipo de dificuldade, e também sentem necessidade de um acompanhamento direto com um Cirurgião Dentista. De acordo com os dados, dos cento e vinte e cinco pacientes 68 % tem algum tipo de alteração. Um acompanhamento antes de iniciar a quimioterapia/radioterapia evitaria essas alterações bucais e um acompanhamento rotineiro acometeria uma melhor saúde bucal e um melhor tratamento para o utente. Como forma de reforço da atividade educativa, ao final da abordagem foi entregue um flyer confeccionado especificamente para o projeto ao paciente. Antes da realização do projeto, a equipe multiprofissional que trabalhava na área de oncologia do Hospital, era desprovida do cirurgião dentista. Até o momento participaram 125 pacientes em tratamento oncológico e foi constatado que 68% deles sentem algum efeito na cavidade oral. Esses efeitos variam de mucosites, Xerostomia, hipossalivação, disgeusia, dor na ATM a ulcerações. Corroborando com o trabalho de Freitas, et al., (2010), as alterações mais encontradas são a hipossalivação e mucosite. A perda do paladar vem em terceiro e normalmente é acompanhada das outras duas. Além dos efeitos da medicação, verificou-se também, que a maioria não consultou o dentista antes de realizar o tratamento oncológico, para fazer limpeza e remoção de foco infeccioso, o que ajudaria a manter a integridade da saúde bucal. Quanto às orientações, sobre a higiene oral, como uso de fio dental, escova com cerdas macias, dentífricos sem o Lauril Sulfato de Sódio, higienização moderada da língua, e também cuidados para não comer em excesso doces, salgados e alimentos ácidos, bem como utilizar gomas de mascar sem açúcar para estimular a produção salivar, observou-se que a maioria desconhecia. **CONCLUSÃO:** O Projeto contribuiu muito para o aprendizado acadêmico e dos pacientes em tratamento. Ele ressalta a importância que um Cirurgião Dentista tem dentro de uma equipe multiprofissional, já que os efeitos notados na cavidade oral é quase totalidade dos pacientes oncológicos. Para que estes pacientes tenham qualidade de vida e garantia de conforto e sucesso no tratamento oncológico eles precisam estar sob cuidados desses profissionais.

**Palavras-Chave:** Saúde Bucal; Tratamento Quimioterápico; Efeitos Bucais.

## FOMENTO

PROPEX-UNESC.

## REFERÊNCIAS

**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER.** 2010. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br>> Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Acessado no dia 08 de Dezembro de 2012.

FREITAS, D.; CABALLERO, A. *et al.* **Sequelas bucais da radioterapia cabeça e pescoço.** Revista CEFAC. Montes Claros, 2010.

## **EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ENSINO FUNDAMENTAL: UMA REFLEXÃO ACERCA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**Ana Paula Macan Damiani**

Mestre em Educação – Universidade do Extremo Sul Catarinense. Professora Titular da Faculdade do Vale do Araranguá, Professora e na Universidade Norte do Paraná. E-mail: enfmacan@hotmail.com.

**Janine Moreira**

Doutora em Educação- Universidade de Córdoba – Espanha. Professora Permanente do Curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: jmo@unescc.net.

### **RESUMO**

Estudo exploratório, qualitativo e empírico, desenvolvido com 10 educadores de 2 escolas de um município do sul catarinense, e com os secretários municipais de educação e saúde, cujo objetivo foi verificar se existe integração entre as políticas municipais de educação e de saúde em termos de ações educativas em saúde, no que se refere à promoção da saúde, como também verificar como estas ações se fazem presentes no ensino fundamental. O referencial teórico foi a educação libertadora freireana. Como resultados, temos que o entendimento de promoção de saúde dos sujeitos se limita à prevenção de doenças. Apesar da saúde ser entendida como resultante de múltiplos aspectos, há a culpabilização das pessoas por suas condições de saúde, pensando-se em saúde no sentido apenas curativista e biológico. Visão que se reflete nos temas de saúde trabalhados em aula, com base na alimentação, higiene pessoal e segregação do lixo, não sendo considerados aspectos estruturais da saúde. Também não ocorre a integração entre a Estratégia Saúde da Família e a escola e nem a integração setorial entre educação e saúde no município.

**Palavras-Chave:** Educação em Saúde; Promoção da Saúde; Integração das Políticas Públicas.

### **ABSTRACT**

This exploratory, qualitative and empirical study, developed with 10 educators of 2 municipal schools from Araranguá, southern Santa Catarina, and together with municipal secretaries of education and health, whose goal was to understand in what way health education is present in primary schools, with regard to health promotion. The theoretical reference was Freire's liberatory education. Understanding health promotion subjects is limited to prevention of diseases. Although health is understood as a result of multiple aspects, there is the blame people have for their health conditions, health planning only in a curative and biological way. This view is reflected on health issues worked out in class, based on food, personal hygiene and segregation of garbage, not considering structural aspects of health. Likewise, there is no integration between the ESF and the school.

**Keywords:** Health education; Health promotion; Integration of Public Policy.

## INTRODUÇÃO

A relação entre saúde e educação é o eixo deste artigo, fruto de dissertação de mestrado em Educação. Em especial, partimos da compreensão da importância da promoção da saúde no ensino fundamental, o que implica uma discussão sobre a integração entre as políticas de educação e saúde em termos de ações educativas em saúde em âmbito nacional e municipal.

Partimos do entendimento de que práticas baseadas na pedagogia libertadora de Paulo Freire podem possibilitar, a partir do diálogo entre educando e educador, um conhecimento crítico para a leitura do mundo e autonomia dos sujeitos.

Focamos na promoção da saúde nas escolas porque, na concepção das políticas públicas de saúde e educação, há o estabelecimento de ações conjuntas entre estas políticas. E a Estratégia Saúde da Família (ESF) pode ser a porta de entrada para que ocorra esta aproximação e integração entre as políticas de saúde e educação.

Assim, entendemos que trabalhar com professores e educandos no espaço escolar seria uma circunstância privilegiada, pautando-nos na tese de que a escola é um espaço reconhecido socialmente, em que as pessoas devem ter garantido o acesso ao conhecimento científico. E porque a população em geral reconhece a escola como um espaço de ensino e um ambiente de educação. Assim, neste espaço, a descoberta de novos saberes, condutores de reflexões críticas, pode ser mais constante, facilitando o entendimento de que se é um ser inacabado, que a vocação das pessoas, como diz Freire (1995), é o de “ser mais”, e que o ser mais implica em sua humanização, o que requer, podemos dizer, ver-se em condições de lutar pela igualdade de oportunidades enquanto ser humano nesta sociedade capitalista e desigual. Se o ser é inacabado, a educação sempre será eficaz, o que se necessita é ação correta para formar este ser mais, o que passa por uma concepção de educação.

No que se refere às legislações nas políticas de educação, destacamos os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), os quais elencam o tema saúde como um dos temas transversais em Educação. Em 2011, foi criado um programa chamado Programa Saúde nas Escolas (PSE) pelos Ministérios da Saúde e da Educação, que contempla algumas ações em educação em saúde nas escolas do Ensino Fundamental, a partir da ESF. Para ser implantado o programa, é necessário que a Secretaria de Saúde elabore um projeto e encaminhe ao Ministério da Saúde.



A educação em saúde é um conjunto de ações desenvolvidas em ambientes formais e informais, nas escolas, nas instituições de saúde e na comunidade, por profissionais, para se ensinar meios à população de se promover a saúde, prevenir ou curar doenças. Educar em saúde de forma libertadora é interagir nesses espaços para, a partir da parceria entre os profissionais de saúde e a comunidade, criarem-se condições para discussões, diálogo, informações, reflexões, debates para solucionar os problemas de saúde e/ou encaminhá-los para outras instâncias.

Este trabalho tem como objetivo verificar se ocorre integração entre as políticas municipais de educação e de saúde em termos de ações educativas em saúde, no que se refere à promoção da saúde, como também verificar como estas ações se fazem presentes no ensino fundamental.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Esta foi uma pesquisa qualitativa, exploratória e empírica. Foi desenvolvida em duas escolas da rede municipal de um município pertencente à Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC). Teve-se como critério de escolha do município o mesmo em que reside uma das autoras, e das escolas, a proximidade de sua casa. Foram escolhidas duas escolas públicas municipais com base na possibilidade de realizar um comparativo de escolas localizadas em contextos diferenciados. Apesar de pertencerem a uma mesma rede municipal, a localização em bairros distintos lhes confere uma caracterização diferente: a maior localiza-se mais no meio da cidade; a menor, na periferia, o que, em geral, corresponde a uma desigualdade econômica de sua população.

Foram sujeitos da pesquisa 10 (dez) professores, 6 (seis) da primeira instituição e 4 (quatro) da segunda. Foram escolhidos os professores das primeiras séries do Ensino Fundamental – portanto, formados em Pedagogia -, os da disciplina de Ciências das séries finais do Ensino Fundamental e de Educação Física das séries iniciais e finais desse nível de Ensino. Embora se conceba a educação em saúde e a promoção da saúde como atividades interdisciplinares, é fato que, tradicionalmente, são essas as disciplinas que mais enfocam questões consideradas de saúde; assim como também se aprendem essas questões nas primeiras séries do Ensino Fundamental, com a “professora da turma”.

Também foram sujeitos da pesquisa os gestores de saúde e de educação do município estudado, ou seja, o Secretário de Saúde e o Secretário de Educação.

Todos estes sujeitos manifestaram o aceite formal em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O instrumento de coleta de dados foia entrevista semiestruturada, todas gravadas e transcritas, e as anotações do diário de campo. Os dados foram analisados livremente, sem uma técnica específica, procurando-se responder aos objetivos.

As falas dos sujeitos foram respeitadas, tendo sido corrigidos os erros próprios de linguagem. A pesquisa teve sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sob o parecer nº 196/96.

Estaremos apresentando as falas dos entrevistados em um diálogo com o referencial teórico. Assim, a apresentação/discussão dos dados irá se dar juntamente com o referencial.

### **Saúde e educação: políticas públicas e ações na escola**

Iniciamos a discussão com o entendimento de saúde e do SUS a partir da última Constituição Federal do Brasil. O SUS apresenta uma lógica de universalização e igualdade de acesso da população à saúde, de regionalização e hierarquização da organização dos serviços, segundo as diretrizes de descentralização dos serviços, integralidade no atendimento e participação popular. É o estabelecimento de um novo modelo de assistência à saúde, pautado no acesso de todos os cidadãos e centrado na promoção à saúde e não apenas na cura e prevenção de doenças, tendo como base a descentralização administrativa o que, na prática, coloca a saúde na gestão municipal, portanto, mais próxima à população, possibilitando o acréscimo em número das unidades de saúde, fazendo-se frente ao modelo hospitalocêntrico, de base biologicista.

Em relação à saúde, estabelece o Artigo 196 da Constituição Federal:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, é a legislação específica da saúde, estabelecendo o funcionamento do SUS. Em seu Artigo 3º expõe um entendimento alargado de saúde:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, Lei 8.080, 1990).

Este entendimento de saúde faz frente à chamada visão reducionista de saúde, centrada nos fatores biológicos e no tratamento curativo centrado no médico e nos hospitais. É um entendimento de saúde que introduz a compreensão da promoção da saúde.

No cenário mundial, a discussão acerca da promoção da saúde foi fortalecida a partir de eventos internacionais, lançando-se novas propostas na redefinição das políticas públicas, direcionando um novo olhar para o contexto da saúde. Nessa perspectiva, as ações de promoção da saúde devem ser apreendidas por meio de um movimento articulado de políticas sociais que respondam aos problemas dos grupos populacionais nos diversos países.

Para Carvalho (2004, p.670):

Os novos desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas têm ensejado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitário. Entre essas sobressai o projeto da Promoção à Saúde que constitui hoje o eixo principal do projeto da Nova Saúde Pública.

Nesse sentido, segundo o autor, o profissional de saúde deverá incorporar em sua prática valores de solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parcerias que se constituem numa combinação de estratégias, envolvendo vários atores: as três esferas de governo, a comunidade, as famílias e os profissionais da saúde.

Segundo Carvalho (2004, p.676, grifo do autor), “o ideário da promoção de saúde pode contribuir para a ruptura entre as velhas e novas práticas em saúde, fornecer elementos para transformação do *status quo* sanitários e para a produção de sujeitos autônomos e socialmente solidários”.

A Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional estabelece uma visão ampliada de educação logo no seu Artigo 1º:

Art. 1º A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.

Neste âmbito, as legislações das Políticas Públicas de Saúde e Educação vêm buscando fazer integração em seus planejamentos no intuito de alçar ações em escolas juntamente com os profissionais de saúde. Diante das visões de saúde e de educação como sendo fenômenos multifacetados, espera-se que ocorra esta integração entre as políticas de saúde e educação.

O Ministério da Educação instituiu o Programa Saúde nas Escolas (PSE), mas, até o momento, não verificamos qualquer ação nesse sentido nas escolas do município em que foi realizada esta pesquisa. Segundo o Secretário de Educação, este programa não foi aplicado nas escolas no ano de 2011, por falta de tempo em elaborar o projeto para enviar ao Ministério, mas considerou que as instâncias devidas já estavam cientes e que iriam providenciar para o ano de 2012.

Segundo os relatos dos Secretários de Educação e de Saúde sobre o PSE:

É, já existe. Já conversamos neste sentido [...] e a aplicabilidade mesma ainda está por vir. É uma questão prática. Deve vir aí. Eu nem acredito que em 2012, no âmbito de estrutura, de montar a estrutura. Pra isso vou fazer com que o programa chegue na escola é através da estrutura que nós temos, e que está sendo trabalhado neste momento [...]. (Secretário de Educação).

Eu acho que falta muito ainda. Não existe ainda integração entre saúde e educação. Eu posso citar como exemplo a saúde bucal. A escola entende como mais uma atribuição ao professor pra desenvolver a saúde bucal nas escolas. Então não existe ainda. Nós estamos apostando neste PSE, onde o professor e o profissional da área da saúde possam trabalhar em conjunto. (Secretário de Saúde).

As decisões federais oneram os municípios, conforme relata o Secretário de Educação, explicando o porquê da não implantação dos programas, uma vez o suporte financeiro baixo para implantar e manter os programas dificultarem sua aplicação. Assim, como nesse caso, muitas vezes os programas não são realizados e, quando o são, apresentam dificuldades estruturais.

Fica claro que não existe, portanto, a realização do PSE no município estudado. Nesse “vácuo”, precisamos entender de que forma é trabalhada – se o for – a promoção da saúde na escola. E isso perpassa pelo entendimento do papel da escola, para se verificar se cabe ou não, na visão dos educadores, ensinarem

promoção da saúde neste espaço. Também perpassa pelo entendimento do que seja saúde e educação em saúde.

Em termos educativos, podemos pensar com Paulo Freire a necessidade do avanço de uma visão ingênua, descontextualizada, para uma visão crítica do processo saúde-doença. O conceito de “dialogicidade” dá o substrato para sua “educação problematizadora”. Diálogo implica em pronunciar a palavra, e esta traz consigo as dimensões mutuamente relacionadas de ação e reflexão. Porque a vocação ontológica do homem é “ser mais”, “existir, humanamente, é pronunciar o mundo, é modificá-lo. O mundo pronunciado, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles novo pronunciar” (FREIRE, 2005, p.78). Assim, todos podem dizer a palavra, porque é condição da existência humana, e não privilégio de alguns. “Precisamente por isto, ninguém pode dizer a palavra verdadeira sozinho, ou dizê-la para os outros, num ato de prescrição, com o qual rouba a palavra aos demais” (FREIRE, 2005, p.79). A educação problematizadora é aquela pautada na dialogicidade, na comunhão dos homens para entender e modificar o mundo, necessariamente dependente da palavra de todos os envolvidos no processo educativo, onde a polaridade educador e educando dá lugar ao educador-educando e ao educando-educador. Ao contrário da “educação bancária”, em que não há diálogo, pois há um entendimento de que a palavra só pode ser pronunciada por quem “tem algo a dizer”, neste caso, o educador, que “deposita” no educando a palavra verdadeira. A conscientização implica na perene leitura e ação sobre o mundo, atingindo-se formas críticas de enxergá-lo e de se posicionar, alcançada em situação de diálogo.

Iniciaremos, então, com o entendimento do que seja saúde para os sujeitos de nossa pesquisa:

Saúde é bem estar, em primeiro lugar. Bem estar físico, mental e social. É a amplitude de tudo. Saúde não é eu ficar doente, buscar o remédio para curar, não, saúde é o meu organismo estar respondendo de maneira que tem que ser, nos termos pra que ele serve. Essa que é a função. (Educadora - Pedagoga – C).

Bom, [em] todos os temas de ciência nós abordamos a saúde, sem exceção, então são: os ecossistemas, as vacinas, a organização, a higiene do corpo, como se alimentar, e por aí afora. (Educadora – Ciências Biológica – D).

Saúde para mim é a pessoa tirar um tempo pro lazer, se alimentar bem, fazer uma atividade física, escutar músicas boas, saudáveis, não essas porcarias que passam. Saúde é ter uma vida boa, uma vida saudável. (Educadora - Pedagoga – F).

As pessoas, para terem boa saúde, precisam estar em equilíbrio com seu estado físico, mental e social e com o meio ambiente. É o que nós chamamos hoje determinantes sociais, porque [quando] nós ficamos doentes ocorre uma quebra nesse tripé e ocorre um desequilíbrio, uma doença. Exemplificando, uma pessoa que tem boa condição de moradia, de educação, de transporte, de lazer. Uma pessoa que tenha uma ocupação, um emprego formal, tem um bom convívio com sua família, com a comunidade, com a sociedade, [é] saudável. (Secretária de Saúde).

[...] Saúde é tratada só quando tu tens um problema físico, saúde para mim também é o emocional, e saúde emocional é uma coisa que hoje também é muito esquecido não é, [...] Assim, que o emocional hoje é uma doença também, e ela não é tratada sobre saúde pra mim. É assim, se tu estás bem realmente tu tens que ter saúde, pelo menos tem que estar legal, pensar bem para poder fazer as coisas corretas. [...] então, eu acho que a saúde não tem que ver aquela coisa visível, mas o invisível, principalmente que está prejudicando na educação, na aprendizagem, é o invisível, o que tu não vês, isso tem que saber o porquê, aí, depois de muita pesquisa que tu vais diagnosticar, por isso que eu digo, saúde e educação tem que estar juntas, elas não estão juntas. (Educadora – Pedagoga- I).

Percebemos a existência de uma amplitude no entendimento do processo saúde-doença, uma vez a compreensão de que os determinantes sociais, relacionais, psicológicos, de bem estar são tão importantes como os biológicos na composição do quadro de saúde de uma pessoa. A educadora “I” chega mesmo a apontar os aspectos que chama de invisíveis no adoecimento, que seriam os emocionais, e que implicam na aprendizagem do aluno. Interessante que a educadora “D”, ao apontar os temas em que trabalha o item saúde em suas aulas, que revela caber em todos os temas, situa os aspectos mais “físicos”: ecossistemas, vacinas, higiene do corpo, alimentação. Talvez, a maior dificuldade seria de realmente construir esse conhecimento com uma reflexão crítica para si e com os seus educandos, em uma perspectiva conscientizadora.

Também tivemos entendimentos de saúde impregnados da visão biológica. Duas, das quatro falas encontradas neste sentido, representam os educadores que possuem uma visão biologicista e centrada nas ações de comportamentos individuais.

Saúde é um conjunto de muitas coisas. Vem desde lá de casa: alimentação, água potável, lavar as mãos antes de se alimentar, água tratada. Agente aqui é de uma comunidade mais carente, então não temos água tratada em casa. Tudo isso, tudo isso contribui para boa saúde. Como a gente estava falando antes, não é ausência simplesmente de doença. É todo um caminhar, é todo um processo lá de casa que a gente tem que continuar aqui na escola e tem que trabalhar muito aqui na escola também. (Educadora – Pedagoga- B).

A saúde é a base de tudo. Se alguma pessoa não tem saúde, ela contraria aquilo que tu pensas de uma vida saudável. Tu tens que ter saúde para ter uma convivência boa. (Educadora – Pedagoga- J).

Ainda que a educadora “B” insira sua preocupação nas questões estruturais, acusando a falta de água em uma comunidade carente, parece apontar para uma saída individual, advinda de uma “caminhada” com o sujeito para ele mudar seu comportamento individual para ter hábitos saudáveis de acordo com sua possibilidade. A educadora “J” ressalta que a educação é a base de tudo. Como, então, ter saúde, mesmo em situações adversas? Qual seria a saída?

Para sabermos como ocorre a integração da saúde e educação ao nível de sala de aula, também necessitamos compreender qual o papel da escola na visão dos educadores:

A função da escola é promover a conscientização do aluno sobre os direitos que ele tem como cidadão... todos seus direitos. (Educadora- Pedagoga A).

De passar conhecimento, de socializar, de integrar, de incluir. São tantos os papéis da escola, mas eu acho que os principais são esses. Mas, no fim, a gente acaba sendo aqui de tudo um pouco, psicóloga de tudo um pouquinho. Mas eu acho que os principais são esses. (Educadora - Educação Física B).

[...] Ela está pra auxiliar o aluno, ajudar, contribuir na formação do aluno, pra que ele seja um cidadão, para [que] ele tenha a consciência dos seus direitos e de seus deveres, e ela tem que criar essa consciência para que o aluno vá em busca disso, que ele vá atrás disso, que ele seja um ser autônomo, independente, criativo. Essa eu acredito que é a função nossa como professora, trabalhar isso. (Educadora- Pedagoga C).

Pode-se perceber que há falas na direção da escola que tem como papel repassar conteúdos, conhecimento (Educadora B) e falas na direção da escola formadora de seres autônomos (Educadoras A e C), no sentido de cidadãos.

No sentido da formação do cidadão e da sua integração social, parece que não há o desenvolvimento de ações que possibilitem a integração da escola com a sociedade, são espaços sociais controlados e limitados aos que frequentam a escola (educadores e educandos). De acordo com os relatos de três educadores e dos secretários, as atividades extras realizadas estão direcionadas a educandos e não a toda comunidade do bairro onde a escola está localizada. Abaixo, alguns relatos:

[...] Abril, no Dia da Saúde, a gente promove um dia bem bacana, fazendo atividades físicas com todos os alunos sempre, em todo o momento, sempre que a gente pode, a gente está contribuindo para conscientizar [para] a prevenção[...]. Uma das nossas orientadoras faz a ponte, para os alunos carentes terem assistência médica, odontológica. Então, além de tudo o que

a gente faz em sala de aula, também temos esses projetos. Ela marca consulta, toda terça-feira, e encaminha as crianças carentes para assistência médica e odontológica. (Educadora – Educação Física – B).

[...] Trabalha as questões da saúde, como dentista, como outros médicos, também oftalmologista, para óculos. É uma parceria para escola, até porque, como a comunidade é carente, nós temos crianças em situações bem difíceis e cabe à escola fazer essa ponte, essa mediação. (Educadora – Pedagoga – E).

[...] com o projeto “Verde é Vida”, que é um projeto que tem no município, todas as escolas trabalham. É um projeto muito bom, cada escola trabalha do seu jeito. Tem um coordenador geral. Nós aqui trabalhamos a questão do lixo reciclável, da horta escolar, daí a gente já trabalha alimentação. Então esse projeto é um projeto muito importante.[...] Também já vem falando da promoção da saúde. Temos, uma nutricionista que sempre vem, fala com a merendeira, visita a escola a cada quinze dias ou uma vez por mês, revisa toda a escola, tudo, ela não vai na sala de aula falar com os alunos. Mas na escola vem e fica. (Educadora – Pedagoga K).

Percebemos a importância dada a estas atividades extraclasse, no entanto, elas se limitam a ações pontuais, muitas vezes, de prestação de serviços (marcação de consultas) para uma população que deveria ter o acesso aos serviços públicos garantido. A escola acaba sendo um locus de possibilitar à comunidade atendida algo que ela já deveria ter, esvaziando o seu próprio papel educativo, seja o de fornecer o acesso ao conhecimento acumulado pela humanidade, seja o de conscientizar as pessoas, a partir deste acesso ao conhecimento, para que possam refletir sobre seu lugar no mundo e as formas de mudar uma realidade que não fornece as mesmas condições para todos. O projeto “Verde é Vida” tem outra natureza, possibilitando ações de orientação ambiental, onde estão presentes temas de promoção da saúde. Mesmo assim, parece ser centrado na orientação dos profissionais, e não em um trabalho educativo conscientizador.

O conceito de educação que ainda temos, que nos ensina a pensar de uma maneira reducionista, em que o educador é o centro do ensino e o educando é apenas o que recebe a informação, a “educação bancária”, deve ser repensado.

Segundo Paulo Freire:

É preciso, que pelo contrário, desde os começos do processo, vá ficando cada vez mais claro que, embora diferentes entre si, quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É neste sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem *formar* é ação pela qual o sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem



aprende ensina ao aprender. Quem ensina ensina alguma coisa a alguém. É por isso que, do ponto de vista gramatical, o verbo ensinar é um verbo transitivo-relativo. Verbo que pede um objeto *direto* – *alguma coisa* – e um objeto *indireto* – *a alguém*. Do ponto de vista democrático em que me situo, mas também do ponto de vista da radicalidade metafísica em que me coloco e de que decorre minha compreensão do homem e da mulher como seres históricos e inacabados e sobre que se funda a minha inteligência do processo de conhecer, ensinar é algo mais que um verbo transitivo-relativo. Ensinar inexistente sem aprender e vice-versa e foi *aprendendo* socialmente que, historicamente, mulheres e homens descobriram que era possível ensinar. (FREIRE, 1996, p. 23. Grifos do autor).

Conforme citação acima, a relação educando-educador que se baseia no domínio do educador sobre o educando, numa relação antidialógica e antidemocrática, reforça as relações da sociedade capitalista e desigual em que vivemos. Podemos dizer que é esta educação tradicional que forma os profissionais de saúde – e também de educação - que irão exercer a educação em saúde e assim, provavelmente, irão reproduzir com os usuários a educação que receberam. Ao contrário desta tendência, a educação em saúde das políticas públicas atuais é pensada para possibilitar a participação social e garantir o acesso da população nas decisões dos processos de saúde pública. Também a ação não é apenas a de prevenir doenças, determinar prescrições prontas, mudanças de hábitos, mantendo o antigo modelo de saúde sanitária. É sim, proporcionar reflexões e transformação do usuário em um sujeito ativo, autônomo e participativo no processo das ações de saúde pública, com base em uma visão contextual do processo saúde-doença, e com o avanço para ações no sentido da promoção da saúde.

E é por isso que tanto a concepção de saúde dos entrevistados desta pesquisa como os temas trabalhados em aula e atividades extras devem ser repensados. Se por um lado a concepção de saúde vislumbra uma visão contextual, por outro os temas são centrados no bem estar geral do indivíduo, sem conexão com a estrutura social e numa atitude orientadora e não conscientizadora.

No estudo, também foi preciso problematizar a forma como os educadores e secretários entendem a relação de saúde e educação, pois ela pode estar imbuída de uma consciência ingênua ou crítica:

A relação de saúde e educação, pra mim, elas estão sempre interligadas, porque o aluno, quando a saúde começa também na higiene, é no momento que isso já não está claro, o aluno já passa a ser discriminado, não pelo professor, mas pelos próprios alunos. Então isso já é uma base para uma conscientização, da importância da higiene. Dali começo todo o conteúdo, tudo que se trabalha se pode estar “pegando um gancho”, não ser direto uma disciplina direcionada, isso tu sempre tens que estar buscando e assim, para

que possa atingir as famílias, que eu acredito é isso. Isso é saúde para mim. (Educadora - Pedagoga C).

[...] Eu acredito que nós temos uma sociedade doente e que o resultado de tudo isso acaba sendo o atendimento nas unidades básicas de saúde aos hospitais, nos consultórios. Então, se a educação puder contribuir para isso, o cidadão, seja ele aluno, pai, é prevenir-se disso, tendo capacidade de

discernimento, um olhar crítico sobre a vida, um pouco mais de filosofia em educação ajudaria também; que o cidadão pudesse perceber-se como alguém que caminha pro rumo doentio. Enquanto isso ele podia, na sua própria família, na sociedade em que ele vive, perceber que a vida pode ser

vista de outra maneira e não somente naquele caminho, muitas vezes alienado, na dependência de um amparo que a gente sabe que, muita vezes, é psicológico, muita vezes que poderia esse psicológico ter sido resolvido com a formação e com educação. [...] Acho que isso começa antes, na escola, como muita gente não teve acesso a isso, os nossos postos estão abarrotados de pessoas doentes, carentes, psicologicamente frágeis, então fazemos com nossos alunos hoje a possibilitar que eles procurem outro caminho[...]. Eu acredito que nós vamos ter menores problemas com as... saídas e lá na frente eu acho que tem tudo a ver saúde e educação integradas lá na frente". (Secretário de Educação).

Eu entendo que a saúde e educação estão intimamente relacionadas, nós não podemos trabalhar de forma quebrada esses processos de saúde e de educação. As pessoas, para terem uma boa saúde, elas têm de receber orientação, elas têm que ter conhecimento e isso envolve a educação, a cultura. Então, a saúde e a educação estão intimamente relacionadas. Exemplo, nós não conseguimos fazer com que uma criança tenha hábitos e bons hábitos de higiene se ela não receber esta orientação, se ela não conhecer essa, essa normativa, as diretrizes, porque tem que fazer uma boa higiene. Então, a saúde e a educação, neste sentido, [se] a criança não tiver o conhecimento a respeito da boa higiene, ela não vai ter uma boa saúde bucal, por exemplo. (Secretário de Saúde).

Os sujeitos da pesquisa não citam que a educação e a saúde, a partir de sua interação, podem propiciar meios de construção do conhecimento do senso comum em científico para uma transformação crítica da realidade, de uma responsabilidade de formação de um indivíduo que questione sua situação. Em geral, a educação aparece como auxiliar da saúde, como uma orientação individual para as pessoas terem saúde. A fala do Secretário de Educação abre em mais alguns aspectos, faz referência a educar com criticidade, mas no sentido de o indivíduo ver a totalidade de sua existência, ver a vida de outro modo, sem que adoeça, direcionando sua análise a um modo individual de se situar na vida – e uma vida entendida de forma ampla - o que é muito importante, mas que ainda se situa no nível individual. Assim, os sujeitos referem-se apenas à relação de educação e saúde como ação de mudança individual, seja de comportamento e de hábitos saudáveis, seja de concepção de vida.

Está descrito nas Leis de Diretrizes e Bases - LDB n. 9394, a responsabilidade da escola em formar cidadãos autônomos e críticos, mas será que a prática presente na escola está dando conta de realmente formar sujeitos autônomos ou apenas sujeitos que reproduzem a realidade?

A discussão sobre promoção de saúde converge para um olhar crítico sobre a sociedade. A seguir, algumas considerações a respeito.

### **Promoção de saúde na escola**

No cenário mundial, a discussão acerca da promoção da saúde foi fortalecida através de eventos internacionais, lançando-se novas propostas na redefinição das políticas públicas, direcionando um novo olhar para o contexto da saúde. Nessa perspectiva, as ações de promoção da saúde devem ser apreendidas por meio de um movimento articulado de políticas sociais que respondam aos problemas dos grupos populacionais nos diversos países.

Para Carvalho (2004, p.670):

Os novos desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas têm ensejado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitário. Entre essas sobressai o projeto da Promoção à Saúde que constitui hoje o eixo principal do projeto da Nova Saúde Pública.

Nesse sentido, segundo o autor, o profissional de saúde deverá incorporar em sua prática valores de solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parcerias que se constituem numa combinação de estratégias, envolvendo vários atores: as três esferas de governo, a comunidade, as famílias e os profissionais da saúde.

Para Carvalho (2004, p.670), “sob o patrocínio da Organização Mundial da Saúde o ideário da Promoção à Saúde vem, desde suas origens nos anos 70, tendo uma crescente influência nas políticas públicas de distintos países.” <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>No anexo I é apresentado um quadro com um esquema da cronologia da Promoção da Saúde.

Iniciamos essa discussão com um questionamento: promoção de saúde ou prevenção de doenças?

As educadoras desta pesquisa descrevem a promoção da saúde como:

Promoção de saúde, pra mim, é trabalhar junto, tipo, escola trabalhando junto com a unidade de saúde. Aqui na escola a gente tem psicólogos, estamos tentando conseguir oftalmologista, temos também dentista, ficha para dentista. A gente tá tentando conseguir oculista também. Então, é trabalhando junto, em parceria dos dois, para o melhor para a criança. (Educadora - Pedagoga F).

[...] pra mim promoção são as vacinas. É um exemplo. As vacinas pra mim são uma promoção de saúde. Outras formas de promoção de saúde são quando tem Carnaval, eles podem estar falando para a gente nos programas: tu tens que usar camisinha, tens que estar te cuidando, não trocar seringa, e tal. Tudo isso é promoção, que é uma ação de promover algo, avisar o público algo de que está acontecendo [...]. (Educadora – Pedagoga I).

É tu promoveres pra ti o bem-estar, eu acho. Aqui na escola a prevenção à saúde leva o aluno a ter consciência de ter prevenção, tornar cuidado, de se manter sadio. (Educadora - Pedagoga E).

Muitos estavam escutando o termo pela primeira vez, com dificuldade de conceituar. E se não há conhecimento teórico, científico sobre o tema, é difícil conseguir construir com os educandos a concepção de saúde. Os educadores possuem um conhecimento de senso comum de que promoção de saúde é prevenção de doença e mudança de comportamento. Apenas a educadora E demonstrou uma visão mais ampliada do termo, ao se referir à promoção do bem estar, a manter-se sadio, mas ainda assim utilizou o termo prevenção. O termo, em si, não “se diz sozinho”, depende do significado que o sujeito lhe confere. Mas nenhuma das respostas se referiu às condições contextuais de vida para a promoção da saúde.

Os gestores de educação e de saúde possuem a seguinte concepção do termo promoção da saúde:

Promoção de saúde, pra mim, é que promover a saúde, é essencialmente educar para saúde. Promover a saúde é orientar, informar, é educar. [...]. Mas reforço assim a minha concepção de que promover seria, antes de tudo, orientar, informar, porque através da grande mídia, por exemplo, que seria um canal formidável de orientação, de educação. Eu particularmente fico muito surpreso com o desinteresse da massa populacional [...] nós sabemos que as pessoas se rendem à mídia é apelativo, fácil [...] não se interessam pela mídia informativa. Ela tem que ser colocada fundamentalmente na escola, nos espaços de integração social, nos clubes de terceira idade, por exemplo, na escola, nas atividades onde sabes que vais encontrar as

peças.[...]Então, para mim é isso, promoção da saúde é essencialmente promover fazendo orientação, fazendo informação e fazendo chegar isso de maneira implacável, que às vezes não vai acontecer de forma espontânea, através da grande mídia, um outro ponto de vista, mais em função da alienação cultural e social que existe. (Secretário de Educação).

Promoção de saúde, para mim, é mudança de hábitos, então só se consegue promover saúde a partir do momento que tu promovas hábitos saudáveis, então promover saúde é evitar, é prevenir doenças através da atividade física, modo de tabagismo, modo álcool. Então, na realidade, a promoção são atitudes, né, que o sujeito tem que evitar este desequilíbrio no meio ambiente e do físico. (Secretário de Saúde).

Também como os educadores, os gestores estão presos ao modelo hegemônico, centrado na prevenção de doenças e na mudança de comportamento individual. Conforme fala do Secretário de Educação, a população acaba sendo influenciada pela mídia apelativa, que massifica. O Secretário de Saúde se refere à mudança de hábitos. Mas, para que estas duas ações aconteçam, é necessária reflexão crítica levando à conscientização, para que as pessoas possam requerer as condições de mudança necessárias na estrutura social, pois as pessoas não fazem certas coisas apenas porque não querem ou porque não são informadas.

Segundo Carvalho (2004, p.676, grifo do autor), “o ideário da promoção de saúde pode contribuir para a ruptura entre as velhas e novas práticas em saúde, fornecer elementos para transformação do *status quo* sanitários e para a produção de sujeitos autônomos e socialmente solidários.” Conforme o autor, atualmente ainda nos deparamos com um número significativo de serviços de saúde que praticam ações sanitárias, pois o que ocorre na prática são profissionais de saúde detentores do conhecimento, salvadores, sem diálogo com a população, diretivos e uma população de sujeitos passivos, receptivos às imposições de hábitos saudáveis, sem nenhum poder de decisão, participação das ações a eles direcionadas. Pode-se dizer que isso vem ocorrendo desde a história de colonização do país, que oferece as condições, tanto para sua estrutura social, como para sua estrutura subjetiva. O sistema educacional opera nestes dois níveis, o “objetivo” e o “subjetivo”. Pode-se dizer que a educação tradicional que os profissionais de saúde e a população receberam, passivamente, configura uma “educação bancária”.

Assim, em contraposição à educação bancária, é na educação libertadora, também chamada problematizadora, que se pode contemplar uma nova possibilidade de promoção da saúde.

O profissional de saúde precisaria romper com os paradigmas antigos que respaldaram sua atuação, para que consiga superar o modelo hegemônico e, ao invés de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procurar problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo a população. Igualmente essa postura se faz necessária àqueles profissionais que chegam a gestores de políticas públicas. Por isso é necessária a participação de toda equipe de saúde, mobilizada por um mesmo objetivo, em consonância com o ideário de uma Nova Promoção de Saúde, que atue na construção de sujeitos conscientes e autônomos sobre sua condição de saúde. Para Verdi e Caponi (2005) isto seria o contrário do modelo atual, praticado pela maioria dos profissionais em uma ação diretiva, o que contribui para a renovação do pensamento sanitário de hábitos saudáveis (seriam indivíduos com comportamentos controlados pelo sistema de saúde, recebendo passivamente prescrições prontas, sem respeitar a individualidade do sujeito e suas condições de escolha, apenas com a preocupação com a prevenção de doenças e não com a promoção da saúde, sua emancipação e autonomia) pautado no modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativista, que dominou o pensamento sanitário nas últimas décadas.

Segundo Carvalho (2004, p.676. Grifo do autor),

É significativo que a Nova Promoção à Saúde seja freqüentemente descrita como “movimento” para a mudança e que seja pautada, em grande parte, pela linguagem dos novos movimentos sociais usando termos como “auto-ajuda”, “equidade”, “colaboração”, “*empowerment*”, “participação”, “controle comunitário”. Esta linguagem de conceitos como “prevenção de riscos”, “políticas públicas” e hábitos saudáveis tem vasto apelo e o seu uso tem sido um importante meio pelo qual a Nova Promoção à Saúde tem alcançado um amplo suporte, apesar de se manter fortemente vinculada aos objetivos oficiais. Ela serve, também, para mascarar mudanças de relação de poder que envolva, em particular, a redefinição dos direitos à cidadania.

Como refere o autor, há que se ter cuidado com os conceitos vinculados a essa nova promoção da saúde, que tem como princípio a redefinição dos direitos à cidadania, como: moradia, saneamento, lazer, cultura, educação, emprego e saúde a todos dignamente. Não se pode continuar, mesmo com conceitos diferenciados, com práticas sanitaristas de controle social com discursos diretivos, hierarquizados e fortemente vinculados ao comportamento individual da população. Com modelos centrados na figura médica, e nos tratamentos com medicamentos e exames de alto custo para os serviços de saúde. É preciso tomar cuidado para que os conceitos não

mascarem a real lógica colocada em ação. Podemos dizer que é necessário enfatizar que todas as ações no âmbito da saúde e da educação em saúde, sejam de promoção, de prevenção ou de reabilitação, se almejam o que é preconizado no SUS e na ESF, devem estar pautadas na prática libertadora, não bancária.

Essa nova promoção à saúde visa a garantir uma autonomia do sujeito enquanto usuário dos serviços de saúde, a sua conscientização através do diálogo, a igualdade de acesso, os seus direitos enquanto ser humano, o respeito de cidadão, a cidadania (ações que lhe permitam participar da vida política nas decisões do governo e de sua própria vida) e qualidade de vida.

Nesta pesquisa, quando questionados da importância de se trabalhar educação em saúde nas escolas, houve unanimidade de que o tema tem relevância e destaque. Mas, em seu entendimento, a dificuldade de prevenção e promoção de saúde está nas famílias, que não ajudam na mudança de comportamento de seus hábitos:

É, maior dificuldade para mim é a falta de informação da população e o modo de vida, a cultura das famílias, porque às vezes a gente tem que conversar, sobre higiene, mas as famílias não têm costume de tomar banho diário. Daí, cortar as unhas. Então se torna difícil. Eu acredito que é muito importante. Eu acredito que os técnicos de saúde poderiam esclarecer mais estas questões. (Educadora - Pedagoga A).

Lógico que na escola isso é importante, mas, assim, já vem lá de casa, como eu falei antes. Eles já têm que vir com uma orientação de casa e aqui a gente continua e tem que bater todos os dias. Assim eu acho que é uma parceria, ser uma parceria, lá de casa, aqui na escola e também a sociedade. Há essa parte de falta de saneamento básico. Tudo também aí vem lá do governo e tudo tem que ser uma parceria, governo, sociedade, família, escola, acho que todo mundo tem um pouquinho para contribuir. (Educadora - Educação Física B).

Aqui não queremos culpar ou julgar os educadores, mas em nenhum momento eles relatam a falta de estrutura social, a diferença social, os diferentes acessos e oportunidades das pessoas, a responsabilidade das políticas públicas, a estrutura da escola, como já mencionada, a pouca frequência ou participação dos educadores na sua formação continuada (a qual também merece ser questionada para se verificar se está mais próxima de ser “bancária” ou “libertadora”) e também, como mencionada, a corresponsabilidade do indivíduo. Mas não é só a mudança de comportamento individual que irá transformar o contexto social. Isso requer uma série

de ação nas políticas públicas de educação e saúde, que possam garantir uma qualidade de vida digna à população.

Para Tesseretall, (2010, p. 45):

As necessidades de saúde da sociedade contemporânea nunca foram atendidas pelo modelo biomédico, cujas ações, predominantemente de natureza técnica, configuram um modelo de atenção à saúde medicocêntrica de limitada efetividade quando se trata das coletividades. A Promoção da Saúde aparece como política propulsora de um novo modelo de saúde no final do século XX, momento em que a saúde dos indivíduos e das populações passa a ser estudada a partir da influência de determinantes sociais, ou seja, acentua-se a análise do processo saúde/doença como resultado de múltiplas determinações. Ao contrário do modelo biomédico, os indivíduos passam a ser considerados sujeitos, a qualidade de vida é incorporada ao discurso e, para alcançá-la, algumas questões são essenciais, tais como as condições de moradia, trabalho, lazer, alimentação, etc.

Essa promoção da saúde a que os autores se referem é mais ampla do que apenas a visão de prevenção de doenças, que a maioria dos profissionais e população possui. Essa promoção da saúde contempla ações mais coletivas, que incluem os contextos sociais e econômicos, como também, políticas públicas, saneamento, lazer, cultura, entre outros. Isso contraria o entendimento de que saúde é uma questão individual, em relação a qual se tem ações de informação, panfletagens de educação individual na perspectiva de mudança de hábitos, culpabilizando o indivíduo, realizadas com o intuito apenas de diminuição dos agravos e controle epidemiológico. Logo, para que se concretize a promoção da saúde, seria necessário um engajamento coletivo nas ações de saúde por todos os envolvidos (dos profissionais de saúde, das políticas públicas dos vários setores: habitação, obras, educação, cultura, entre outros). Assim, poderíamos efetivar a promoção da saúde com base na corresponsabilidade da população e dos profissionais da saúde. E para que se tenha uma corresponsabilidade da população se faz necessário possibilitar as condições



para que os indivíduos se transformem em sujeitos autônomos e não indivíduos dependentes dos profissionais de saúde, dos espaços de saúde e dos exames.

Para Leavell& Clarck, 2008 (apud CZERESNIA, 2008, p.45), “promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira mais ampla que a prevenção, pois refere-se a medidas que ‘não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar o bem-estar geral’.”

As estratégias de promoção da saúde devem contemplar e enfatizar a transformação social (as condições de vida, moradia, trabalho dos indivíduos enquanto sujeitos e não como objetos) que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial e interdisciplinar.

Com esse intuito, acreditamos que será necessário ampliar os horizontes de ação da educação em saúde com objetivo de promoção da saúde através dos princípios da educação problematizadora nas unidades de saúde das equipes de ESF que ocorrem em pontos isolados, na formação dos profissionais, mas também se iniciarem ações de promoção da saúde nas escolas por profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, mas nada impede que outros profissionais também realizem esta função, pois este é um ambiente privilegiado de ensino. Esse profissional trabalharia com os educadores, educandos e comunidade com o novo ideal de promoção da saúde, aliado ao sentido da educação problematizadora, de possibilitar a transformação da consciência ingênua em consciência crítica desses sujeitos, nos temas vinculados à saúde. É claro que se abre a discussão de qual nível de consciência está presente nos próprios profissionais. Como também, é necessário discutir de que forma os temas transversais estão sendo trabalhados nas escolas.

Assim sendo, podemos, através deste ideário de promoção da saúde, buscar a conscientização dos indivíduos, na perspectiva freireana, de se verem como sujeitos no que diz respeito à sua saúde, entendida de modo amplo, como bem estar biopsíquicosocial (moradia, saneamento, lazer, trabalho, espiritualidade, sociabilidade, dentre outros) na construção de sua autonomia como indivíduo em suas escolhas no mundo.

Ao serem questionados sobre quem seriam responsáveis pela promoção de saúde, os entrevistados responderam que todos são responsáveis pela promoção de saúde, mas o que se pode concluir, e nos incluímos nesta situação, é que não paramos para refletir sobre nossas ações, não nos planejamos, não questionamos o que nos é imposto, apenas repetimos e massificamos, tornando nossos educandos

dependentes, na escola ou nas unidades de saúde. Somos “engolidos” pelo que fazer e a apresentação de resultados (quantos alunos passaram de ano, quantos diabéticos atendidos, entre outros) e não realmente se os educandos conseguiram dar um salto em sua consciência, se os diabéticos estão tendo consciência crítica sobre as suas limitações. Costuma-se usar como defesa e desculpa de nossas ações não ser bem sucedida a culpa do outro, não nos incluindo no processo. Uma das formas mais fáceis para que algo se perca é atribuir a responsabilidade deste algo “a todos”, pois este algo acaba “não sendo de ninguém”. Melhor que algumas coisas sejam de responsabilidade de todos, mas, então, é necessário um planejamento que possa situar a ação de cada um. Conforme as falas abaixo se necessitam refletir as práticas, assumir responsabilidades e cobrar as responsabilidades das políticas públicas e oportunizar, cobrar o envolvimento e participação social consciente. Representa-se, com as falas dos educadores, quem seria responsável pela promoção da saúde:

O governo federal, estadual, municipal, a escola, a igreja, os pais, as comunidades de bairro, todos, cada um de nós, cada pessoa ela é responsável pela promoção da saúde. Em primeiro lugar, a promoção da saúde do meu corpo, porque eu digo isso pro meu aluno, do meu corpo, do meu quarto, da minha casa. É a coisa que mais eu falo. (Educadora – Ciências Biológicas D).

Nós mesmos, professores, trabalhar mais junto com os pais e com a Unidade de Saúde que está sempre aqui explicando. A gente tem algum problema, a gente chama, eles vêm. Então a nossa parceria tá bem legal, só falta mesmo os pais colaborarem mais, participar mais junto conosco. (Educadora – Pedagoga F).

A maioria dos educadores se responsabilizou pela promoção de saúde, assumindo todo o compromisso. Apenas os secretários tiveram a visão da responsabilidade integral de mudanças estruturais nas políticas públicas em saúde e educação. Tem-se como afirmar que o que entendem sobre promoção não confirma o que está nas políticas públicas. Sendo assim, há um entendimento ingênuo da questão. Portanto, esses educadores não são instrumentos de mudanças estruturais, como defende Carvalho, situando-se no contexto das transformações individuais.

Assim, fazendo um paralelo entre ambas as escolas, elas mais se identificam do que divergem quanto às ações educativas em saúde. Em relação à integração entre as políticas públicas de saúde e educação, elas ocorrem apenas pontualmente, em períodos de campanhas de vacinação, palestras, coincidindo com

o que relatam os gestores públicos e educadores. Segundo relatos dos seis educadores da escola do bairro central, a Estratégia de Saúde da Família está presente nas escolas para realizar algumas palestras sobre educação sexual, prevenção de drogas, campanhas de vacinas e também quando são solicitados para agendamentos de consultas. Já na escola do bairro periférico, a maioria relata não saber da existência da Estratégia da Saúde da Família no bairro e que no ano de 2011 não ocorreu nenhuma atividade em conjunto.

Em relação ao Programa Saúde na Escola, como vimos, nenhuma instituição do município foi contemplada no ano de 2011, segundo relato do Secretário de Educação e de Saúde já citados.

Mas como vem mostrando este estudo necessita-se refletir as práticas, planejar em conjunto as ações para que se possa, talvez, transformar esta sociedade individualista, capitalista, em uma sociedade um pouco mais igualitária a todos os sujeitos. Se não é possível mudar “o capitalismo”, o que se pode mudar na concretude das ações na promoção da saúde na escola?

Quem sabe, através da educação libertadora, proporcionar que a educação em saúde, que acontece em diversos espaços, também na escola, elenque em suas discussões não apenas temas de saúde com o foco em mudanças comportamentais, e sim discussões e reflexões dos determinantes da saúde e sobre a complexidade do próprio conceito de saúde; sobre as políticas públicas de saúde e de educação (que também devem ser ensinadas nas escolas), o que aponta a necessidade de planejamentos nas suas ações e atividades, com integração efetiva entre ambas.

As políticas públicas descrevem em seus artigos e incisos a responsabilidade dos governos e a participação social, mas os indivíduos têm pouca compreensão crítica para questionar e fazer valer os seus direitos, tornando-se dependentes do sistema. Pensa-se que para atingirmos uma autonomia do sujeito e uma consciência crítica da população necessita-se transformação nas práticas dos profissionais, das instituições, da sociedade e dos governos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os doze entrevistados, dentre eles os Secretários da Educação e da Saúde, mostram que possuem, de um modo geral, um entendimento de saúde como um todo,

não só como um corpo saudável, sem doença. Mas sim que envolve vários aspectos do ser humano no seu contexto de vida.

Nas falas dos entrevistados, a maioria entende que o normal seria que o indivíduo, para ter saúde ou ser saudável, deveria apenas mudar seu comportamento individual, não apontando as individualidades ou os demais determinantes de saúde. Mas as condições sociais influenciam no funcionamento fisiológico dos indivíduos, assim como o acesso à educação, à cultura e ao lazer. Logo, nós, profissionais da educação e saúde, temos que refletir o que seria a individualidade de cada pessoa no normal-patológico, sem julgamentos de média, certo e errado. Através do diálogo entre profissionais e indivíduos, pode-se alcançar a transformação do conhecimento de senso comum para uma reflexão crítica da realidade, o que proporcionará condições de escolhas conscientes e autônomas.

Sabe-se que as leis e diretrizes que regem a educação – a LDB, os PCNs - bem como as leis da saúde, preconizam tanto uma educação como uma saúde em seu sentido amplo, enfatizando a necessidade da intersetorialidade ao nível das políticas, assim como a importância da formação de sujeitos autônomos e participativos, direcionando para uma sociedade democrática. Há a preponderância, nessas políticas, da busca pela mudança na estrutura social, com a participação social e autonomia dos sujeitos.

Para Nelly Candeias (1997), os profissionais da saúde, os movimentos sociais e as organizações populares, os políticos e as autoridades públicas têm responsabilidades sobre as repercussões positivas ou negativas que as políticas públicas têm sobre a situação de saúde e as condições sociais (determinantes de saúde). O que se constatou nesta pesquisa é que a maioria dos educadores possui uma concepção de promoção de saúde fragmentada, direcionada à mudança de comportamento, a consultas médicas e, quando muito, a prevenção de doenças, – tal qual o modelo sanitarista, o qual diverge com a concepção das próprias políticas públicas atuais.

Em geral, os sujeitos de pesquisa apresentaram consciência ingênua dos assuntos tratados. Suas concepções de saúde e promoção de saúde não abarcam a complexidade preconizada, e não existe Programa de Saúde na Escola no município, como também não há integração entre políticas de educação e de saúde.

Assim, o referencial educativo de Paulo Freire pode ser uma das bases para a construção de mudanças na prática educativa em saúde para a promoção da

saúde. Este referencial educativo é baseado na educação problematizadora, de caráter autenticamente reflexivo, e implica um constante ato de desenvolvimento da reflexão da realidade e comprometimento de todos que fazem parte do processo (educadores, educandos, pais, comunidade, direção, governos federais, estaduais, municipais, ONGs, associações, profissionais) para a transformação dessa realidade, ainda com predominância do modelo de saúde hospitalocêntrico, para uma perspectiva de autonomia do sujeito, proporcionando uma promoção de saúde como referencia Carvalho.

Os gestores da saúde e da educação acreditam na necessidade da integração dessas políticas, mas não visualizam ou descrevem como isso possa acontecer na prática. Acabam se envolvendo nas obrigações cotidianas, sentindo dificuldade de planejamento para integração. Há um grande distanciamento entre essas duas políticas, e um dos motivos pode ser cultural. Nossas ações parecem estar sempre “correndo atrás do prejuízo”. Afirmamos isso devido à justificativa dos secretários, pois se referem a muitas atribuições no dia-a-dia, e acabam não conseguindo planejar. No entanto, quando há uma campanha de vacinação, por exemplo, ou campanhas de saúde bucal, nas quais se necessita atingir metas, números, realizam-se ações em conjunto. Isso aponta para as prioridades em uma sociedade capitalista, que muda rapidamente no sentido de alcançar maior produtividade. Também a saúde e a educação têm que apresentar “produtos” quantitativos dentro das metas estabelecidas para situar o país dentro dos indicadores de uma grande economia. Assim, a necessidade de se apresentar os produtos, tira, muitas vezes, a possibilidade de uma reflexão sobre a prática, pois o tempo é absolutamente necessário para uma conscientização, seja dos profissionais, seja da população com a qual se trabalha. E isso se verifica não apenas em relação aos gestores públicos, mas também aos profissionais da educação estudados, e também, sabe-se, aos profissionais da saúde. Urge, assim, a necessidade de se fazer uma reflexão a respeito do que dificulta a intersectorialidade na gestão pública.

## REFERÊNCIAS

ALONSO, I. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar.** 2003. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-

Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. de 05 de Outubro de 1988.

BRASIL. **Lei Nº 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei Nº 9.394** de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 35 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia da Saúde da Família**. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em 07 Jun. 2010.

BRASIL. **Portaria 1.861**, de 4 de setembro de 2008. Define critérios do programa e traz o Termo de Adesão dos municípios.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n.2, p. 209-213, 1997. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp> Acesso em: 04 Jan. 2012.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p. 669-678, 2004.

CZERESNIA, D. Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2008. p.39-54.

DA ROS, M. A. et al. A estratégia saúde da família como objetivo de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p. 57-68, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 48 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

VERDI, Marta e CAPONI, Sandra. Reflexões sobre a promoção da Saúde numa Perspectiva Bioética. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.14, n.1, p.82-88, 2005. Disponível <www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a11v14n1.pdf> Acesso em 06 Out. 2010.

TESSER, Charles D. Et al. Concepções de Promoção da Saúde que permeiam o ideário de equipes da estratégia saúde da família da Grande Florianópolis. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina** – Florianópolis, Santa Catarina. Vol.

3.no.1(2010). Acesso em: 12-08-2011 às 10:00h. Disponível em:  
<[www.saude.gov.br/portal/saude](http://www.saude.gov.br/portal/saude)>*Saúde na Escola*. Acesso em: 14/10/2010.

## **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O EMPODERAMENTO**

**Janine Moreira**

Doutora, docente do Curso de Psicologia e do Mestrado em Educação da Universidade do Extremo Sul  
Catarinense (UNESC)  
jmo@unesc.net

**Caroline Scussel**

Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)  
scusselcaroline@gmail.com

### **RESUMO**

Esta pesquisa partiu do questionamento se a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem sido um processo educativo de construção do empoderamento dos profissionais de saúde. Segundo Carvalho (2004), o “empoderamento comunitário” tem em Paulo Freire (1988) um de seus inspiradores. O objetivo geral da pesquisa foi: “Compreender a relação existente entre a Educação Permanente em Saúde e o estabelecimento, ou não, de uma prática educativa em saúde centrada no princípio do empoderamento”. A pesquisa foi empírica e qualitativa. O instrumento de pesquisa foi a entrevista semiestruturada. Foram escolhidas, aleatoriamente, 02 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Estratégia Saúde da Família (ESF) de cada uma das 05 Regionais de Saúde do município de Criciúma. Como sujeitos da pesquisa foram incluídas a enfermeira de cada UBS (em uma UBS não foi possível realizar a entrevista, por duas vezes a enfermeira não ter comparecido no dia marcado); todas as técnicas de enfermagem (em uma UBS também havia uma auxiliar de enfermagem, a qual foi incluída) e todas as agentes comunitárias de saúde (ACS) de cada local. Foram totalizados como sujeitos da pesquisa 09 enfermeiras, 16 técnicas de enfermagem e 01 auxiliar de enfermagem e 38 ACS. Também foram incluídas como informantes chave a coordenadora da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviços (CIES) da região Carbonífera (CIES Carbonífera) e a coordenadora da Educação Permanente em Saúde do Sistema de Saúde de Criciúma. As entrevistas com as técnicas e agentes foram, em sua grande maioria, realizadas em grupo, por categoria profissional; as enfermeiras foram entrevistadas individualmente, a coordenadora da CIES e da EPS da Prefeitura também foram entrevistadas individualmente. Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a EPS deve ser uma educação que problematize o cotidiano dos serviços, e contribua para a transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde (BRASIL, 2012). Ela deve partir da aprendizagem significativa, produtora de sentidos, baseada na reflexão crítica das práticas reais dos serviços, objetivando a sua transformação, evidenciando-se as necessidades da população. A atualização técnico-científica não deve ser seu foco central, mas apenas um dos aspectos de transformação das práticas, que também envolve produção de subjetividades, de habilidades técnicas e de conhecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004). O que é respaldado por Ceccim e Feuerwerker (2004), que defendem uma formação em saúde não apenas voltada para a correta realização técnica, mas também para o desenvolvimento da autonomia das pessoas, no caso, dos usuários do sistema de saúde. Partimos da compreensão de que a EPS pode ser um processo de formação que prepare os profissionais da saúde para que possam, em seu trabalho



como educadores em saúde com a população, efetuar uma educação libertadora, em que o empoderamento é central. Esta pesquisa constatou as dificuldades de que a EPS seja uma mediação para o empoderamento. Como ações de EPS, imperam as atualizações técnicas em detrimento às problematizações do cotidiano dos serviços, o que, além de divergir da PNEPS, também se configura como uma ação que não promove a participação crítica dos profissionais nestes momentos educativos. O que de fato ocorre é muito mais uma atualização em assuntos técnicos pontuais e menos uma problematização em serviço do cotidiano das unidades de saúde. Estas questões precisam ser contextualizadas a partir dos aspectos estruturais que, por sua vez, sinalizam as condições de trabalho. Neste sentido, a lógica da produtividade adentrou a saúde pública, pressionando os profissionais a cumprirem metas para serem colocadas nos relatórios, sobrando menos tempo para o trabalho de assistência. Seria necessária uma revisão destas exigências burocráticas de controle que, se por um lado são necessárias para o acompanhamento central das atividades, por outro deslocam os profissionais de suas funções e os pressionam em seu trabalho cotidiano. E estas questões nem sempre são problematizadas na EPS. Outro ponto a destacar é a reduzida equipe nas ESF. Tanto a equipe mínima hoje preconizada faz-se incompleta nas UBS, como também as equipes atualmente preconizadas são insuficientes para que a ESF possa efetuar seu trabalho dentro da atenção básica. Seria importante um trabalho junto à comunidade no sentido de se desmitificar que a unidade de saúde é o lugar de consultar o médico para ganhar o remédio. A lógica medicamentosa/curativista predomina, e a ESF não é vista como local de prevenção de doenças e de promoção da saúde. O aumento da equipe de profissionais poderia colaborar nesta ação, possibilitando atender a comunidade de forma interdisciplinar. A EPS pode ser um processo promotor de discussão das questões cotidianas nos serviços de saúde, possibilitando que os profissionais possam se empoderar para enfrentar as dificuldades vivenciadas. Por sua vez, estes profissionais também poderão se constituir como agentes de empoderamento junto à população, em suas práticas educativas em saúde. Afinal, a população também necessita ser sujeito de seu processo saúde-doença.

**Palavras-chave:** Educação Permanente em Saúde; Educação em Saúde; Empoderamento.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em saúde**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Portal da Saúde** do Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente para os Trabalhadores do SUS. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26643&janela=2](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26643&janela=2). Acesso em 19 Jun. 2012.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.669-678. 2004.

CECCIM, Ricardo Burg e FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**[online], Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41-65. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em 25 Nov. 2009.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 18. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

VERDI, Marta e CAPONI, Sandra. Reflexões sobre a Promoção da Saúde numa perspectiva bioética. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.1, p.82-88, jan./mar. 2005.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento desta pesquisa, a partir do Edital MCT/CNPq/MEC/CAPES nº 02/2010 – Ciências Humanas, Sociais e Sociais Aplicadas.

## **A FORMAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL**

**Carla Klitzke**

Assistente Social Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago/UFSC. E-mail: carla.klitzke@gmail.com

**Danielle Ferreira de Araújo**

Assistente Social Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago/UFSC. E-mail: daniaraujo.sc@gmail.com

**Mayara Zimmermann Gelsleichter**

Assistente Social Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago/UFSC. E-mail: mhay.yara@hotmail.com

### **RESUMO**

O presente artigo pretende discorrer e problematizar acerca da formação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) inseridos na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A lente orientadora deste processo de investigação e análise será o método dialético. O estudo possui caráter exploratório e foi realizado por meio de pesquisa documental e bibliográfica. As análises preliminares demonstram que há desafios na implementação da RIMS no plano institucional do HU/UFSC, bem como de concretização dos objetivos legais e metas propostas aos residentes do Programa.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Educação Permanente; Residência Integrada Multiprofissional.

### **ABSTRACT**

On this present article will be put in evidence the problematization of the permanent formation with the workers in side of the Unique System of Health (Sistema Único de Saúde, SUS) inserted on the program of Integrated Residence Multiprofessionary of Health (Residência Integrada Multidisciplinar em Saúde - RIMS) on the University Hospital Polydoro Ernani de São Thiago (HU) in the Federal University of Santa Catarina (UFSC). The guiding of this process of investigation and analisys will be made by the dialectical method. The study has an exploratory character and was conducted through research documents and literature. Preliminary analyzes show that there are a challenge in the institucional plan, as well the concretization in the legal goals and proposals in the residence Program.

**Keywords:** Unique System of Health. Permanent Formation. Integrated Residence Multiprofessionary of Helth.

## INTRODUÇÃO

Este ensaio pretende problematizar a formação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) inseridos na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A lente orientadora deste processo de investigação e análise será o método dialético. Para a discussão em pauta, torna-se imprescindível a localização do processo de construção da saúde pública no país e a formação dos seus trabalhadores no contexto histórico.

Nesta perspectiva, esse trabalho tem a finalidade de realizar um estudo de caráter exploratório, por meio de pesquisa documental e bibliográfica discutindo a inserção dos residentes enquanto profissionais da saúde.

A RIMS pode ser considerada um programa novo se comparado com a Residência Médica. Nesse sentido, ela encontra-se em fase de adaptações e em processo de legitimação junto a sociedade, que ainda desconhece o Programa, e por isso, confunde-o com a tradicional Residência Médica.

O presente trabalho é decorrente de um processo preliminar de experiência enquanto residentes da RIMS HU/UFSC. Este processo iniciou em março de 2014 com o início do semestre letivo da UFSC, sendo esta a quinta turma do Programa no HU/UFSC. Neste ano, ingressaram 36 residentes de 8 profissões, sendo estas: enfermagem, farmácia, nutrição, fisioterapia, psicologia, serviço social, odontologia e fonoaudiologia.

Esta pesquisa torna-se relevante diante da importância da formação permanente dos trabalhadores do SUS na perspectiva da integralidade. Outro fator que a justifica é o fato de a produção teórica ser subsídio de informação para o exercício profissional dos trabalhadores na política de saúde.

Quanto a organização deste trabalho, ele foi elaborado a partir de três eixos. O primeiro eixo resgata brevemente o contexto histórico da política de saúde e como se estabelece a política de formação permanente dos trabalhadores do SUS. No segundo eixo, apresenta brevemente a história da RIMS, sua organização pedagógica e diretrizes. Na terceira parte, situa a RIMS no contexto do HU, trazendo dados históricos dessa trajetória na UFSC. Por fim, serão apresentadas as análises preliminares nas considerações finais.

## DESENVOLVIMENTO

### A Trajetória da Política de Saúde no Brasil: a educação permanente no SUS

O Estado brasileiro passou a intervir na assistência à saúde dos trabalhadores a partir da década de 1930, uma vez que anteriormente o acesso à saúde ocorria principalmente por meio da filantropia ou da prática liberal. É neste período que surge no país às primeiras políticas sociais, o que ocorreu principalmente em decorrência das reivindicações do movimento operário, que mediante a nova dinâmica de passou a exercer um importante papel no cenário político. As questões de saúde faziam parte das reivindicações destes sujeitos desde o início do século XX. Segundo Bravo (2001), as características econômicas e políticas possibilitaram o surgimento de políticas sociais nacionais, cujo objetivo era responder às questões sociais de forma orgânica e sistêmica. A partir de 1930 a política de saúde passou a ser organizada em: saúde pública, centralizada principalmente na criação de condições sanitárias mínimas para a população urbana, e medicina previdenciária, voltada para a população assalariada.

A saúde no século XX foi marcada pela ênfase na medicina previdenciária, calcadas em ações curativas promovidas por meio do setor público, sendo que seu acesso se restringia aos segurados, tendência que a partir da década de 1980 passou a ser questionada pela sociedade civil. Bravo (2001) cita que neste período a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para ganhar dimensão política, diretamente ligada à democracia, cujas principais pautas de pleito em discussão eram as seguintes: universalização do acesso; a concepção da saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde; a descentralização do processo decisório para os estados e municípios; o financiamento efetivo e a democratização do poder local por meio de novos mecanismos de gestão, como é o caso dos Conselhos de Saúde.

A Constituição Federal promulgada em 1988 ampliou o conceito de saúde, levando em consideração que o meio físico, social, cultural e a oportunidade de acesso são fatores determinantes nesse processo. O acesso à saúde passou a ser um direito universal assegurado pelo Estado, rompendo com a diferenciação entre segurado e não segurado, urbano e rural. O poder público passou a ser responsável por gerir, regulamentar, fiscalizar e controlar a política de saúde por meio de um

sistema unificado, regionalizado e hierarquizado: Sistema Único de Saúde – SUS (BRAVO, 2001).

Como parte do que foi preconizado na Carta Constitucional, o art. 200 declara como uma das competências do SUS “[...] o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde” (BRASIL, 1988, p.40). Esta competência foi reiterada pela Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990, culminando na criação de uma política para formação dos trabalhadores: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela Portaria GM 198 de 13 de fevereiro de 2004 e regulamentada pela Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

O tencionamento para que o Estado fosse responsável pela criação de uma política para a formação dos trabalhadores do sistema público de saúde vem sendo citado desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, solicitação que voltou a surgir nas Conferências seguintes: 9ª que ocorreu em 1992, 10ª de 1996, 11ª no ano 2000 e a 12ª de 2003, quando:

a Educação Permanente em Saúde (EPS) passa a ser indicada para a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde. É quando o Ministério da Saúde busca desenvolver estratégias para consolidar a formação de seus trabalhadores, que até há pouco era esporádica por meio de cursos de atualização, treinamentos, protocolos, de acordo com a implementação de projetos e programas e recursos específicos, esporádicos e pontuais (SARRETA, 2009, p. 172).

Sarreta (2009, p. 172 - 173) descreve que:

a criação da Política de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor (Brasil, 2004a) segue os ideários da Reforma Sanitária brasileira, na qual o conceito de saúde abarca os determinantes sociais e, a partir dessa compreensão, busca alcançar um nível de qualidade e de humanização no atendimento. A ação de EPS não trata de capacitação ou treinamento, mas da construção de conhecimentos em uma vinculação horizontal, intersetorial e interdisciplinar. Prioriza a relação ensino-aprendizagem movida pelo debate crítico e discussões das exigências presentes no cotidiano dos serviços de saúde, o que significa que o ponto de partida são os problemas ou a problematização da realidade concreta.

Uma vez que a saúde já não está mais restrita à ausência de doenças, mas de modo ampliado leva em consideração outros fatores sociais, as ações e estratégias da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) tende a interdisciplinaridade e intersetorialidade, envolvendo dezesseis profissões que compõem os serviços de saúde do SUS, sendo estas: biologia, biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina

veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, terapia ocupacional e serviço social; acrescidas de administração hospitalar e saúde coletiva (administração de sistemas e serviços de saúde) (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde, como gestor federal do SUS, criou em sua estrutura a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), integrando o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), principal responsável pela proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas a nível federal e nas três esferas de governo (SARRETA, 2009). A PNEPS passou a ser o principal orientador do trabalho dos Estados, Distrito Federal e Municípios na construção e acompanhamento dos seus termos de compromisso de gestão e planos de saúde, no que se refere à educação na saúde (BRASIL, 2009).

Conforme os apontamentos, a construção do SUS representou uma nova perspectiva para a política de saúde, destacando-se o acesso universal, a ampliação do conceito de saúde e preconizando a formação permanente dos trabalhadores, pleitos da Reforma Sanitária e instituídos na Constituição Federal de 1988. Dando sequência na análise acerca da formação permanente dos trabalhadores da saúde, o próximo eixo abordará a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS).

### **A Residência Multiprofissional em Saúde a partir da Política de Educação Permanente**

Dentre as políticas de formação permanente idealizadas pelo SUS, está a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) instituída pela Lei nº 11.129/2005. A RMS é subdividida por Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), que ocorre na média e alta complexidade, e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF), desenvolvida na atenção básica. As diretrizes da RMS e das demais políticas de educação permanente dos trabalhadores do SUS estão alicerçadas na Lei nº 8080/1990 e buscam, sobretudo, a integralidade na atenção à saúde (BRASIL, MEC/MS Nº 1.077, 2009).

A RMS é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, exceto a médica. Nesta mesma perspectiva, o programa visa, legalmente, a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de

trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS (BRASIL, 2005). A RMS é estabelecida entre os Ministérios da Saúde e da Educação a fim de favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no SUS.

A RMS tem a duração mínima de dois anos, equivalente a uma carga horária de 5.760 horas de formação, deste total 1152h são para as atividades teóricas e 4608h para as atividades práticas, ou seja, 20% das atividades são teóricas e 80% práticas. Os residentes devem cumprir uma carga horária de 60 horas semanais e em regime de dedicação exclusiva (Portaria MEC/MS Nº 1.077/2009). Os profissionais da RIMS devem ainda cumprir dois plantões de 12 horas a cada mês, sendo esta isenta para os residentes da Saúde da Família uma vez que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não funcionam nos finais de semana.

A formação teórica dos residentes ocorre através de módulos ao longo dos dois anos, estudos de caso multiprofissionais, encontros específicos de cada profissão, participação em eventos científicos, palestras, entre outros. No último semestre da RMS o residente deverá apresentar, individualmente, uma monografia ou um artigo científico (Resolução CNRMS Nº 3, de 4 de maio de 2010).

Durante o curso o residente realiza mobilidades entre instituições do SUS, denominadas de estágios. Ocorrem dois estágios obrigatórios, um na atenção básica no caso dos residentes da RIMS e na alta complexidade no caso dos residentes da REMULTISF e o outro em uma instituição da mesma complexidade e que disponha de serviços da mesma área de concentração que a instituição de origem. Para esta última, é necessária a formalização de um convênio entre as instituições, elaboração do plano de estágio e acordo entre os preceptores para a supervisão direta do residente. Se for de interesse do residente, um terceiro estágio pode ocorrer fora do estado ou do país. As despesas dos estágios devem ser custeadas com recurso próprio.

Quanto a remuneração dos residentes esta é realizada historicamente pelo Ministério da Saúde (MS) e a partir de 2009 também passou a ser compartilhada pelo Ministério da Educação (MEC). De acordo com Alves, Mioto *et al* apud APUFSC (2013), em 2012 existiam no país 212 programas de Residência Multiprofissional, destes, 137 eram financiados pelo MEC e outros 371 eram financiados pelo MS e outros órgãos.

Historicamente, a primeira Residência em Medicina Comunitária no Brasil foi criada em 1976, construída na Escola de Saúde Pública (ESP) do estado do



Rio Grande do Sul, sendo promovida pela Secretaria de Estado da Saúde. Em 1977, o Decreto nº 80.281, cria a Residência Médica, modalidade de pós-graduação *lato sensu*, caracterizada pela formação em serviço, considerada especialização exclusiva para médicos. Assim, esse processo ocorreu na mesma década em que se iniciaram os debates da Reforma Sanitária brasileira (BRASIL, 2006).

Os programas de Residência Multiprofissional só ganharam destaque no Brasil na década de 2000, com a chegada de investimentos financeiros para fomentar iniciativas à formação de recursos humanos para o SUS. Os programas de residência multiprofissional foram preconizados para a superação do modelo biomédico e centralizado na doença (BRASIL, 2006).

No início a RMS estava restringida à atenção básica atuando na Estratégia da Saúde da Família e em 2009, com o início da participação e financiamento do MEC, programas foram instalados também na média e alta complexidade junto aos hospitais universitários federais.

A estratégia pedagógica da RIMS é organizado a partir de alguns sujeitos, a saber, residentes, preceptores e tutores de campo e núcleo (RESOLUÇÃO CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012):

Nome	Descrição
Residente	É um Profissional de Saúde em aperfeiçoamento, graduado, e regularmente registrado em seu órgão de classe.
Preceptor	São os profissionais responsáveis pela supervisão direta das atividades práticas dos residentes nos serviços de saúde (sendo profissionais com formação na área e mestrado).
Tutor	Caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos.
Tutor de campo	Corresponde à atividade de orientação acadêmica (professor) voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa.
Tutor de núcleo	Corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes.

Fonte: Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012. Elaboração das autoras.

Me diante o conceito ampliado de saúde, os trabalhadores do SUS devem ser formados para atender o usuário nos mais diversos aspectos do processo de

saúde/doença superando o modelo biomédico. Desta forma, o trabalho multiprofissional em saúde visa a cooperação das várias áreas do conhecimento e a relação entre elas a fim da resolutividade da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Seguindo este modelo, a RIMS pode ser composta pelas treze profissões de nível superior reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, conforme consta na resolução nº 218 de 1997.

É necessário referir que no contexto do SUS há diferentes modelos ideopolíticos em disputa - modelo privatista e modelo da reforma sanitária - que fazem diferentes requisições e projeções aos profissionais da saúde. A seguir será realizada uma breve contextualização do processo de desenvolvimento da RIMS no HU/UFSC, bem como a realidade e os desafios políticos, institucionais que perpassam o cotidiano dos residentes na instituição.

### **A Residência Integrada Multiprofissional no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**

O HU/UFSC é caracterizado como Hospital Geral de natureza pública desde sua inauguração, no ano de 1980. O hospital atua nos três níveis de complexidade de assistência à saúde, de modo que a atenção primária no HU se restringe aos atendimentos ambulatoriais, a secundária se dá através da unidade de emergência e de intervenções cirúrgicas que requerem menor grau de complexidade, já a atenção terciária abrange as intervenções que requerem maior nível de complexidade e investimento financeiro/tecnológico.

Desde sua inauguração o hospital é campo de ensino e formação de profissionais da área da saúde, da graduação à pós-graduação. No que diz respeito a infraestrutura, o projeto inicial do Hospital Universitário contemplava:

uma área construída de 26. 862, 74 m<sup>2</sup>, possui 92 leitos de clínica médica, 60 leitos de clínica cirúrgica, 35 de clínica pediátrica, 11 leitos de clínica ginecológica, 06 leitos de UTI, 07 leitos de emergência e 04 leitos de tratamento dialítico, totalizando 215 leitos. Somam-se a estes os 117 leitos da maternidade distribuídos entre neonatologia e alojamento conjunto (MATTOS, *apud* RELATÓRIO ANUAL DO HU\UFSC, 1994).

Passados dez anos do relatório anual exposto acima, o hospital sofreu diferentes transformações quanto a sua estruturação e organização institucional. Ao mesmo tempo que ampliou-se o número de leitos de determinadas áreas, reduziram-

se outras, como por exemplo, o fechamento da Clínica Médica III, no ano de 2013, reflexo do déficit de profissionais ocasionado pelas dificuldades burocráticas na contratação, além das demissões, aposentadorias e afastamentos.

No âmbito educacional, a trajetória da RIMS no HU/UFSC iniciou em 2009 com a elaboração e implementação de seu Projeto<sup>1</sup>, o que ocorreu quatro anos posteriores a aprovação da Lei 11.129 de 30 de junho de 2005. Diferente da Residência Médica, já consolidada no HU/UFSC, a RIMS foi instituída mediante propostas do MEC.

De acordo com o Projeto da instituição apresentado ao MEC (2010), a RIMS tem por objetivo formar profissionais de saúde por meio da educação em serviço e do trabalho em equipe multiprofissional, fundamentados nos princípios e diretrizes propostos pelo SUS. A instituição reconhece na RIMS a possibilidade do exercício da *práxis* profissional, uma vez que visa atrelar teoria e prática.

O Projeto objetiva ainda, que a perspectiva de trabalho seja interdisciplinar e que as metas de integralidade e resolutividade da atenção em saúde sejam alcançadas a partir do desenvolvimento de competências técnicas relacionadas a assistência, gerência, educação e pesquisa na área da saúde. Por isso, o perfil do residente egresso, segundo o Projeto, tem por característica a atuação em equipe multiprofissional com perspectivas de trabalho interdisciplinar, alicerçado nos princípios do SUS, conforme segue a citação abaixo:

Planejar intervenções considerando a individualidade dos usuários e seu entorno social, de forma ética e adequada às suas necessidades; identificar nos diferentes níveis de atenção à saúde, mecanismos gerenciais que possibilitem alcançar as metas da integralidade e resolutividade da atenção em saúde; desenvolver pesquisas e socializar o conhecimento, com ética e responsabilidade social, buscando contribuir no aperfeiçoamento do SUS; avaliar as competências técnicas e recursos materiais disponíveis para cumprir as exigências impostas na atenção à saúde em urgências e emergência e nos programas de alta complexidade existentes no hospital e possíveis expansões (PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2010).

Cabe mencionar que as metas citadas no Projeto representam desafios no contexto institucional, uma vez que o modelo biomédico, legitimado historicamente, dificulta o trabalho e diálogo interdisciplinar em saúde. Somado a este, a carga horária designada ao tempo em serviço limita alcançar as metas dispostas no Projeto, comprometendo o desenvolvimento de outras aptidões profissionais previstas ao egresso como o gerenciamento, o planejamento, a avaliação, dentre outras.

Ao longo da sua trajetória a RIMS no HU/UFSC foi ganhando espaço na instituição, ampliando a cada ano o número de vagas ofertadas. Em 2010 o edital de abertura disponibilizava 12 vagas, em 2014 as vagas foram ampliadas para 21. Inicialmente abrangia os cursos de enfermagem, farmácia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social. Nesse processo as profissões de fonoaudiologia e fisioterapia passaram a compor a RIMS, estes profissionais tinham a possibilidade de optar por duas áreas de concentração, Urgência e Emergência ou Alta Complexidade. Em 2013 a área da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente constituiu-se também como campo de atuação dentro da RIMS/HU. Haja vista o limitado número de servidores federais concursados em exercício no HU/UFSC e a precarização do serviço público pelo qual vem passando a instituição, a presença desses profissionais, os residentes, contribui para suprir as demandas do serviço, uma vez que são profissionais em saúde graduados e registrados nos seus respectivos conselhos de classe.

Enquanto hospital escola, o HU/UFSC se insere na política de educação e saúde sendo transversal as demais políticas sociais, que vem sofrendo os reflexos do projeto neoliberal. Este embate se expressa no contexto institucional atingindo a qualidade do atendimento aos usuários do SUS, a saúde dos trabalhadores e a formação permanente em saúde. Além do excesso de demandas aos trabalhadores do SUS, que dificultam os momentos de reflexão teórica, reduz os atendimentos ao imediatismo, fragmentando os princípios da Reforma Sanitária e os interesses da classe trabalhadora.

### **Considerações Finais**

A PNEPS é uma política voltada para a formação dos trabalhadores do SUS, buscando a qualificação do atendimento aos usuários, entendendo que a qualidade da atenção à saúde está diretamente relacionada com a formação de pessoal específico, o que requer domínio tanto de tecnologias para a atenção individual de saúde, quanto para a saúde coletiva (BRASIL, 2005). Nesta direção, esta proposta tende a capacitar equipe multiprofissional que atenda integralmente os usuários do SUS, uma vez que a atenção a saúde requer uma abordagem interdisciplinar, que leve em consideração as múltiplas determinações do processo saúde/ doença.

Enquanto equipe de trabalhadores do SUS, pensar a saúde na totalidade e integralidade requer superar a especialidade biomédica, especialista e corporativa, não reduzindo a saúde a doença ou a mera mercadoria. Desta forma, faz-se necessário o diálogo entre os saberes e práticas das diversas áreas de atenção, o que representa desafios para os profissionais inseridos na RIMS, que devem ultrapassar as atuações fragmentadas e restritas a sua área de conhecimento.

Estes desafios devem ser transpostos em meio ao cenário de contrarreformas nos setores da saúde e da educação, assim como a lógica produtivista inclinada aos profissionais residentes. Assim, o treinamento em serviço para os residentes inseridos na RIMS se apresenta de forma contraditória, retratando a perversidade que perpassa a sociedade capitalista, que coloca em lados antagônicos o que está estabelecido na legislação, um descompasso entre o ideal e o real. No que diz respeito a expectativa da sistematização do conhecimento dos residentes, o contexto de sobrecarga de serviço tende a ser reduzido à práticas mecanicistas/ rotineiras que dificulta cumprir com as diretrizes estabelecidas pelo Programa, limitando a assimilação entre teoria e prática.

Nesta conjuntura, faz-se necessário resistir ao projeto privatista e suas ramificações, que ameaçam a educação permanente em saúde e todo o projeto proposto pela Reforma Sanitária.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em 01/05/2014.

BRASIL. **Lei nº. 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.

BRASIL/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda**: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL/Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)> Acesso em 27/04/2014

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Resolução CNRMS Nº 3**, de 4 de maio de 2010. Disponível em: [http://www.proex.unifesp.br/multiprofissional/docs/legislacao/Resol\\_n2\\_4\\_maio\\_2010.pdf](http://www.proex.unifesp.br/multiprofissional/docs/legislacao/Resol_n2_4_maio_2010.pdf)>. Acesso em 24/04/2014.

BRASIL. **Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077**, de 12 de novembro de 2009. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&id=12501&Itemid=813](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12501&Itemid=813)> Acesso em 24/04/2014.

BRAVO, Maria Ines. A política de saúde no Brasil: trajetória e história. In **Capacitação para conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ – DEPERXT – NAPE, 2001, p. 21-32.

CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 14(1): 41-66, 2004.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 975-986, out.-dez., 2005a.

MATTOS, José Geraldo. **Um breve histórico da implantação do sistema de apuração de custos no HU/UFSC**. <http://www.gea.org.br/scf/historia.html>

ALVES, F.L; MIOTO, R.C; LIMA, T. C. S; CAETANO, P.S; DAL PRÁ, K.R. **As Residências Multiprofissionais em Saúde**: compromissos e desafios na formação para o SUS

SARRETA, FO. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

UFSC/HU. **Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde** 2011/2013. Florianópolis, 2010.

## **VIGILÂNCIA SANITÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA CIDADE DO RIO GRANDE-RS: TRABALHO EM CONJUNTO COM FULCRO NA PROTEÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS E DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA (UM ESTUDO DE CASO)**

**Daiane Acosta Amaral**

Mestranda em Direito/FURG; Advogada; daia\_acostamaral@hotmail.com

**José Ricardo Caetano Costa**

Doutor em Serviço Social- PUC-RS-; jrcc.pel@gmail.com

**Antônio César Corrêa**

Gestor Ambiental/ UNOPAR; Gerente da Unidade de Vigilância Sanitária Rio Grande/RS;  
antonio.correa@riogrande.rs.gov.br

**Carliuza Oriente Luna**

Doutoranda em Educação Ambiental/ FURG; Mestre em Enfermagem; Diretora do PAIST; Rio Grande-RS;  
carliuzaluna@yahoo.com.br

### **RESUMO**

A Saúde do Trabalhador, inserida no rol dos Direitos Sociais é calcada no princípio da dignidade da pessoa humana. Partindo dessa premissa o presente trabalho realizado em conjunto entre a Vigilância Sanitária e a Vigilância em Saúde do Trabalhador a partir de uma situação fática verificada através de denúncia referente à estrutura laboral de empreendimento na Cidade do Rio Grande – RS visa uma discussão centralizada a partir do estudo de caso, voltada para evidenciar a qualidade de uma *práxis* social intrasetorial em processo heterodoxo e construtivista possibilitando enaltecer a prevenção e a promoção à saúde dos trabalhadores diante do crescimento acelerado.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador; Intrasetorialidade; Dignidade da Pessoa Humana.

### **ABSTRACT**

The Occupational Health, inserted in the list of social rights is grounded in the principle of human dignity. From this premise the present work jointly between the Health Surveillance and Monitoring in Occupational Health from a factual situation found through complaint relating to the labor structure development in Rio Grande City - RS targets a centralized discussion from the study case, aimed to highlight the quality of a heterodox intrasectoral social praxis process and enabling constructivist enhance the prevention and promotion of health of workers before the accelerated growth.

**Keywords:** Labour; Intrasetorialidade Health; Dignity of the Human Person.

## INTRODUÇÃO

Atualmente a Cidade do Rio Grande conta com, aproximadamente, 200.000 habitantes sendo que a previsão para o ano de 2015 segundo a FIERGS é de 300.000 habitantes decorrentes da instalação do polo naval na cidade. Deste modo, acompanhando esse crescimento novos estabelecimentos e empreendimentos surgem e, por conseguinte a exigência de maior fiscalização e união por parte dos órgãos competentes para evitar violação de direitos e preservar a saúde do trabalhador envolvido nessa nova dinâmica do mercado.

Partindo desse pressuposto o presente trabalho tem como norte a exposição da verificação de um caso de denúncia recebida pela Unidade de Saúde do Trabalhador da Cidade do Rio Grande com o objetivo de demonstrar a importância da intrasetorialidade deste serviço com a Vigilância Sanitária, para a efetividade das ações essenciais para a modificação socioambiental e a concretude dos direitos sociais prejudicados.

Neste sentido, procuramos demonstrar a importância desta atuação já contemplada em leis e portarias do Ministério da Saúde, cabendo aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) a sua implantação para o efetivo funcionamento dos serviços e manutenção dos direitos dos trabalhadores.

O trabalho despendido pelos cidadãos proporciona uma relação indissociável, onde os homens transformam objetos em bens, atendendo aos avanços da ciência e das inovações tecnológicas, tendo a sua vida transformada. Desta forma, o trabalhador deve ser assistido na sua integralidade, equidade e universalidade, conforme preconiza a Lei Orgânica 8080/1990, através de ações que envolvam as diferentes vigilâncias e serviços de saúde, independentemente da relação de trabalho estabelecida entre empregado e empregador.

Dentro destes preceitos e visando os aspectos de prevenção e promoção da saúde do trabalhador a Política de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador ressalta a imperialidade da intra e intersectorialidade no que tange aos cuidados com a saúde do trabalhador brasileiro.

Assim procura-se a superação das questões referentes somente à medicina do trabalho e saúde ocupacional visando compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Onde este último se relaciona com o processo



produtivo da humanidade e a inserção nos espaços de trabalho, como um ponto decisivo para as formas específicas de adoecer e morrer.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **METODOLOGIA**

Por se tratar de um estudo de caso ocorrido em uma cidade do extremo sul do Estado do Rio Grande do Sul, procuramos descrever na íntegra a situação ocorrida após o recebimento de denúncia no serviço especializado desde município. Trata-se portanto, da descrição do início, meio e fim do ocorrido e em atuação intrasetorial, ponto fundamental desta abordagem.

Para a elaboração deste estudo, consultamos as leis de construção e formulação na área da saúde no seu aspecto geral e específico da saúde do trabalhador, bem como a legislação vigente que abrangia as relações e processos de trabalho. Este levantamento se deu a partir de uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos e normatizações publicadas sobre a temática da saúde e segurança do trabalho.

Para fins de estudo foram consideradas as publicações e leis que envolvessem a saúde, o trabalho, os direitos sociais e o ambiente do trabalho.

A escolha dos artigos e leis se deu mediante leitura e confirmação da temática proposta.

As publicações selecionadas devem-se ao período que reflete as prerrogativas iniciais da saúde do trabalhador e seu desenvolvimento até os tempos atuais, levando assim, a uma busca de conhecimentos relacionados à atenção em saúde do trabalhador ao nível de atuação municipal.

Quanto aos aspectos éticos procuramos manter o sigilo das identidades dos trabalhadores e do serviço vistoriado neste estudo (Resolução 196).

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DO CASO**

### **Denúncia referente às condições higiênico - sanitárias para alimentação de trabalhadores em empreendimento na Cidade do Rio Grande/RS**

Na data de 29 de dezembro de 2010, a Unidade de Vigilância em Saúde do Trabalhador recebe através de denúncia proferida por funcionário de uma empresa responsável pela construção de um Supermercado na região, a notícia de que os trabalhadores da empresa faziam suas refeições a céu aberto em baixo de árvores. Deste modo, a Unidade em Saúde do Trabalhador informou o fato a Unidade de Vigilância Sanitária, para que em conjunto realizassem a vistoria e a comprovação dos fatos narrados pelo trabalhador e traçassem objetivos para solucionar tal problemática enfrentada pelos obreiros.

Realizada a vistoria restou comprovada a inexistência de refeitório para a realização das refeições dos trabalhadores, sendo que os obreiros as faziam em baixo das árvores presentes na obra confirmando o relato da denúncia, além do mau acondicionamento da refeição oferecida pelo empregador.

Neste diapasão, a Vigilância Sanitária e a Saúde do Trabalhador solicitaram uma reunião imediata com os responsáveis pela construtora com o intuito de firmar de que maneira seriam feitas as refeições até a construção de refeitório, já que se vislumbrou de pronto, a precariedade para alimentação dos obreiros, bem como a violação dos direitos à saúde do trabalhador e do princípio da dignidade da pessoa humana.

Assim, se estabeleceu que os funcionários realizassem as refeições em restaurante próximo ao local da obra, até que a empresa construísse refeitório em conformidade com a legislação vigente e a confecção do alvará sanitário.

A partir dessas definições periodicamente realizou-se vistoria na obra para verificar as condições ambientais dos obreiros bem como se as exigências estavam sendo cumpridas. Passados 20 dias da intervenção o refeitório estava construído dentro dos padrões sanitários e apto a receber o alvará sanitário.

## **O Direito à Saúde do Trabalhador: Direito Social**

Os direitos sociais foram assentados em norma constitucional pela primeira vez em 1917, com a Constituição do México, e logo em seguida com a Constituição de Weimar, na Alemanha, em 1919. A Constituição Brasileira de 1988 traz um rol de direitos sociais em seu artigo 6º, destacando-se ali os direitos à educação, à saúde, ao trabalho e à previdência social.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, art. 196), sendo de relevância pública as ações e serviços de saúde. Cabe ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo a execução ser procedida diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197).

Neste contexto, a saúde do trabalhador, como espécie de saúde em geral, é um direito humano, e assim, é inviolável. Logo, qualquer violação a esse direito deve encontrar uma solução satisfatória e ágil por parte dos órgãos competentes.

Cabe salientar o pensamento de Cretella Junior (1988, p. 182/183):

O direito à vida é o primeiro dos direitos invioláveis, assegurados pela Constituição. Direito à vida é expressão que tem, no mínimo, dois sentidos, (a) o “direito a continuar vivo, embora se esteja com saúde” e (b) “o direito de subsistência”: o primeiro, ligado à segurança física da pessoa humana, quanto a agentes humanos ou não, que possam ameaçar-lhe a existência; o segundo, ligado ao “direito de prover à própria existência, mediante trabalho honesto”.

Neste tocante, faz mister a efetividade na proteção à saúde do trabalhador, em respeito ao direito fundamental a uma vida digna. Estando exposto pelo estudo a importância com os cuidados alimentares e de higiene como reflexo do bem-estar comum.

## **O Ambiente do Trabalho como parte do ambiente como um todo**

A Constituição Federal de 1988, na dicção dos artigos 225, caput, e 200, incisos II e VIII, ofereceu um norte até então inusitado: a compreensão do ambiente

do trabalho como parte integrante do meio ambiente ou simplesmente do "ambiente" como parece ser o mais correto.

No primeiro artigo citado o legislador garantiu a todos os cidadãos um ambiente ecologicamente equilibrado, sendo dever do Poder Público e da sociedade como um todo os esforços para alcançar esse objetivo. Já no artigo 200 da CF/88, destinado ao Sistema Único de Saúde (SUS), este passa a ter a incumbência de executar as ações de vigilância sanitária epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador, enquanto no sétimo expressamente encontramos que é seu mister "colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho". Estes dispositivos, conjugados com outros de natureza trabalhista e de proteção ao trabalhador, determinam o sistema jurídico de tutela do meio ambiente do trabalho. (GARCIA, 2011, p. 19).

Não deve pairar nenhuma dúvida, a partir do Texto Constitucional, do pertencimento do ambiente do trabalho ao ambiente como um todo. Socorrendo-se à clássica classificação do ambiente ou meio ambiente, podemos dividi-lo em: a) NATURAL ou FÍSICO; b) CULTURAL; c) ARTIFICIAL e, d) MEIO AMBIENTE DO TRABALHO, sendo este o próprio local em que é realizada as atividades do trabalhador (ARAÚJO; NUNES JÚNIOR, 2006, p. 29).

Como aponta Raimundo Simão de Melo, "a definição geral do meio ambiente abarca todo cidadão e, a de meio ambiente do trabalho, todo cidadão que desempenha alguma atividade, remunerada ou não ... porque realmente todos recebem a proteção constitucional de um ambiente de trabalho adequado e seguro, necessário à sadia qualidade de vida." (MELO, 2008, p. 27). Logo, segundo este mesmo autor, o é fundamental que tenhamos um meio ambiente do trabalho sadio, edificante, respeitoso, salubre, cuja não observância destas condições levam ao desrespeito à toda a sociedade (MELO, 2008, p. 28).

A Organização Internacional do Trabalho - OIT, também apontou a importância da saúde e segurança dos trabalhadores quando, na Convenção 155 de 1981, focaliza em seu artigo terceiro como meio ambiente do trabalho "todos os locais onde os trabalhadores devem permanecer ou para onde têm que se dirigir em razão do seu trabalho, e que se acham sob o controle direto ou indireto do empregador." (FERREIRA, 2004, p. 50).

Com efeito, se não há dúvidas no enquadramento do ambiente do trabalho como parte do meio ambiente no sentido amplo, não paira dúvidas de que este

ambiente se apresenta de forma nociva, com efeitos deletérios, aos trabalhadores em geral.

Na lição de José Afonso da Silva (2004.p. 69/70) a Declaração de Estocolmo abriu caminho para que as Constituições posteriores reconhecessem o meio ambiente ecologicamente equilibrado como um direito social, com uma característica de direitos a serem realizados e direitos a não serem perturbados.

No que tange ao meio ambiente do trabalho, conceitua Celso Antônio Pacheco Fiorillo (2000. p. 21.):

(...) o local onde as pessoas desempenham suas atividades laborais, sejam remuneradas, ou não, cujo equilíbrio está baseado na salubridade no meio e na ausência de agentes que comprometam a incolumidade físico- psíquica dos trabalhadores, independentemente da condição que ostentem (homem ou mulher, maiores ou menores de idade, celetistas, servidores públicos, autônomos etc.)

Neste estudo é possível ressaltar o quanto é válido a atuação do SUS voltando-se para as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores visualizando o contexto ambiental do trabalho a fim de priorizar o bem-estar comum.

### **Princípio da dignidade da pessoa humana**

Em seu art. 1º, III, a CF consagra como um dos seus fundamentos o princípio da dignidade da pessoa humana.

Diz Daury César Fabríz (2003, p 273) sobre a dignidade da pessoa humana:

(...) a dignidade da pessoa concreta, na sua vida real e cotidiana; não é um ser idela e abstrato. É o homem ou a mulher, tal como existe, que a ordem jurídica considera irredutível e insubstituível e cujos direitos fundamentais a Constituição enuncia e protege. Em todo o homem e em toda a mulher estão presentes todas as faculdades da humanidade.(griffo do autor)

Tal princípio é fonte jurídico-positiva dos direitos fundamentais, dando unidade e coerência aos demais comandos.

O princípio da dignidade da pessoa humana pode também ser conceituado por Alexandre de Moraes (1998) da seguinte maneira:

Concede unidade aos direitos e garantias fundamentais, sendo inerente às personalidades humanas. Esse fundamento afasta a idéia de predomínio das concepções transpessoalistas de Estado e Nação, em detrimento da liberdade individual. A dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos.

Neste sentido, Ingo Wolfgang Sarlet (2001, p. 60) é preciso:

A qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todos e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.

Reconhecer o princípio da dignidade da pessoa humana pressupõe que se respeite a esfera de autodeterminação dos indivíduos, que devem ter o poder de tornar as decisões primordiais sobre suas próprias vidas e de manter um comportamento conexo com elas. Assim, cada pessoa é um agente moral dotado de razão, com capacidade de decidir o que é bom ou não para si, traçar planos de vida e realizar escolhas existenciais, em suma, guiar-se de acordo com sua vontade.

### **A Intrasetorialidade: Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador**

A Saúde do Trabalhador na visão de Carlos Minayo Gomes e Sonia Mara da Fonseca Costa (1997, p. 25) pode ser entendida como:

(..) um corpo de práticas teóricas interdisciplinares- técnica, sociais, humanas e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sócias distintos e informados por uma perspectiva comum.

Neste contexto, situada no campo de *práxis*, a saúde do trabalhador busca de forma intrasetorial a produção epistemológica voltada para uma ação transformadora. Assim, no caso em tela, a saúde do trabalhador e a Vigilância Sanitária, defrontam-se continuamente com celeumas emergentes, o que impelem à definição de novos escopos de estudo, contemplando demandas tanto explícitas como

implícitas. Logo, aos vislumbrar o cenário denunciado, os órgãos, perceberam de imediato, de forma explícita as condições higiênico-sanitárias, e de maneira implícita a violação do princípio da dignidade da pessoa humana.

Por conseguinte, a vigilância em saúde do trabalhador, configurada como área de promoção da saúde, necessita, em síntese por seu contexto, uma compreensão transdisciplinar, e uma ação transversal inter e intrasetorial.

O poder de polícia atribuído a VISA contribuiu significativamente para a ação satisfatória. O que deflagrou um arcabouço celular no que tange a vigilância em saúde, ou seja, uma teia de ações realizadas por diversos setores em prol de múltiplos objetos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao explicitado neste estudo é possível enfatizarmos a importância da atuação intrasetorial no contexto da saúde do trabalhador, uma vez que ao SUS compete a coordenação e a centralização das ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores. Tendo como norteador a conceituação de Saúde do Trabalhador neste âmbito a qual é entendida para fins da lei 8080/1990, *“como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, (...)”*.

Neste sentido as competências do serviço de Vigilância em Saúde do Trabalhador auxiliando-se das demais vigilâncias, neste caso especificamente a Vigilância Sanitária possibilita a detecção, o conhecimento, a pesquisa e a análise conjunta dos fatores condicionantes e determinantes dos agravos em saúde, relacionando com os processos e ambientes do trabalho a partir de diferentes olhares e abordagens profissionais.

Além disso, cabe salientar que o fato de podermos compartilhar com os demais setores de saúde, torna possível o planejamento, a execução e a avaliação das intervenções enfatizando as diretrizes do SUS, unindo-se conhecimentos a fim de proporcionar a eliminação ou o controle dos fatores que envolvam a incidência de agravos relacionados ao trabalho.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Luiz Alberto Davi; NUNES JUNIOR, Vidal Serrano. *Curso de Direito Constitucional*. 10. ed. São Paulo : Saraiva, 2006.

CRETELLA JÚNIOR, José. *Comentários à Constituição Brasileira de 1988*. vol. I, art. 1º a 5º, LXVII. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1988.

FABRIZ, Daury César. *Bioética e direitos fundamentais: a desconstituição como paradigma ao biodireito*. Belo Horizonte: Mandamentos. 2003.

FIORILLO, Celso Antônio Pacheco. *Curso de Direito Ambiental Brasileiro*. São Paulo: Saraiva, 2000.

GARCIA, Filipe Barbosa. *Meio Ambiente do Trabalho. Direito, Segurança e Medicina do Trabalho*. 3. ed. São Paulo : Método, 2011.

GOMES, Carlos Minayo; COSTA; Sonia Mara da Fonseca Thedim. *Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro.13 (supl 2). 1997

MELO, Raimundo Simão de. *Direito Ambiental do Trabalho e Saúde do Trabalhador: responsabilidades legais, dano material, dano moral, dano estético, indenização pela perda de uma chance, prescrição*. 3. ed. São Paulo : LTr., 2008.

MORAES, Alexandre de. *Direitos humanos fundamentais*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da pessoa humana e dos direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, José Afonso da. *Direito Ambiental Constitucional*. 5. ed. São Paulo: malheiros 2004



## O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A CAPTAÇÃO PRECOCE DE GESTANTES EM UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE

Eveline Geller

Acadêmica da Nona fase do Curso de Enfermagem – Unesc evelinegeller@hotmail.com

Bruno Ronchi de Souza

Acadêmico da Nona fase do Curso de Enfermagem – Unesc Brunoronchi\_2000@hotmail.com

Suzane Raquel Périco Pavei

Professora do Curso de Enfermagem. Mestre em Ciências da Saúde – Unesc susaneperico@unesc.net

Francielle Lazzarin de Freitas Gava

Professora do Curso de Enfermagem. Especialista em Saúde da Família – Unesc flfgava@hotmail.com

Ioná Vieira Bez Birolo

Professora do Curso de Enfermagem. Mestre em Enfermagem – Unesc iona@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** Trata-se de relato de experiência proveniente de um projeto de Extensão, onde se abordou a importância da captação precoce da gestante para a realização do pré-natal. Os fundamentos para a realização desta experiência convergem com lógica da Rede cegonha, regida pelo governo Federal a partir da Portaria 1459 de 24 de junho de 2011, tem como objetivos: Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal; fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses e; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade (Brasil, 2011). Tem como composição medidas que visam garantir atendimento adequado a todas as brasileiras, além de atendimento seguro e humanizado desde que a gestante descobre a gravidez até pré-natal e parto além de garantir a saúde até os dois primeiros anos de vida da criança (Brasil, 2011). Em termos gerais em relação a gestação é recomendado pelo Ministério da Saúde brasileiro o início da atenção obstétrica a mulher no primeiro trimestre e, ao final da gestação tenham sido realizadas no mínimo seis consultas pré-natais.(GONÇALVES, CESAR e MENDONZA-SASSI, 2009; BRASIL, 2011). A experiência tem como objetivo: Sensibilizar as Agentes Comunitárias de Saúde

**Objetivo:** Sensibilizar Agentes Comunitárias de Saúde para a captação precoce da gestante ao pré natal. **Desenvolvimento:** A experiência ocorreu a partir de encontros com as Agentes Comunitárias de Saúde de sete ESFs do município de Criciúma. Para iniciar a roda de conversa levantaram-se as seguintes questões: Existem mulheres com suspeita de gravidez na sua comunidade e dificuldade para realizar o exame? Como você identifica uma gestante? Qual a sua primeira atitude após ter identificado a gestante? Como você reconhece uma gestante de risco? Como você faz o acompanhamento dessas gestantes até o parto? Como você da continuidade ao acompanhamento após o puerpério? As ACS relataram que as mulheres com suspeita de gravidez encontram dificuldades para fazer exames quando não possuem

documentos, são usuárias de drogas ou não querem que a família saiba de sua gestação. As ACS identificam uma gestante nova durante as visitas domiciliares mensais ou quando a mesma vem procurar os serviços da unidade de saúde. Em relação a qual atitude adotam ao identificar uma gestante, as ACS responderam que encaminham a gestante para a unidade de saúde e avisam a enfermeira gerente da unidade, outras vezes cadastram a gestante na ficha A, e no SISPRENATAL. As gestantes de risco são reconhecidas pelas ACS pela idade acima de 40 ou abaixo de 16 anos, uso de medicações, drogas, cigarro, bebida alcoólicas, hipertensão, diabetes, obesidade, desnutrição, história de abortos, condição sócio econômica. As ACS fazem o acompanhamento mensal das gestantes com visitas domiciliares, onde verificam se o pré-natal está sendo realizado corretamente. Quanto a continuidade ao atendimento após o puerpério, as ACS afirmam fazer visitas domiciliares logo após o parto, dão orientações sobre amamentação, alimentação, vacinas, consultas pediátricas, porém não costumam retornar para continuar o acompanhamento pelo menos até os dois anos da criança conforme orientado na lógica da rede cegonha.

**Considerações finais:** Observa-se que as ACS estão bem informadas sobre sua atuação nas unidades de saúde, porém não conheciam muito sobre a Rede Cegonha. Assim evidencia-se a necessidade de realizar mais oficinas de discussão para aprimorar o aprendizado e instrumentar esses profissionais tão importantes para o vínculo da comunidade com as unidades de saúde. AS ACS entendem como necessário realizar o acompanhamento das crianças, porém não sabiam que é preconizado realizá-lo até a criança completar dois anos de idade. Após o nascimento da criança a unidade de saúde deve orientar a família sobre a amamentação e a introdução da alimentação complementar no período correto contribuindo para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância.

**Palavras-chave:** Rede Cegonha; Gestantes: Cuidado em Saúde da Criança; Atenção Primária.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria 1459** de 24 de junho de 2011 institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Disponível: [http://www.saude.pi.gov.br/documentos/2012/arquivos/rede\\_cegonha/portaria\\_Rede\\_Cegonha\\_1459.pdf](http://www.saude.pi.gov.br/documentos/2012/arquivos/rede_cegonha/portaria_Rede_Cegonha_1459.pdf). Acesso em 24/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - **a Rede Cegonha**. N° 1.459, de 24 de junho de 2011.

GONÇALVES, Carla Vitola;CESAR, Juraci Almeida; MENDONZA-SASSI, Raul A. **Qualidade e equidade na assistência a gestante:** um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Rio de Janeiro. Cad. De Saúde Publica, 25(11):2507-2516, Nov, 2009.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção a Saúde**. 2. Ed. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde 2011, p.28-29.

## CONCEPÇÕES DO SUS NAS PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**Joseane Brasil**

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail – josy\_brasil1@hotmail.com

**Mariane Provin**

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: mari\_provin@hotmail.com

**Valdemira Santana Dagostin**

Mestre. Coordenadora e Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Orientadora de Iniciação Científica. Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva-LADSSC/UNESC. E-mail: miradagostin@gmail.com

**Ivanir Pra da Silva Thomé**

Docente Mestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense- ivanir\_pdst@yahoo.com.br

**Luciane Bisognin Ceretta**

Doutora. Pró-reitora de Pesquisa e Extensão. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva-LADSSC/UNESC. E-mail: luk@unesc.net

### RESUMO

Este estudo teve como objetivo a identificação e análise do perfil dos enfermeiros, médicos e dentistas que trabalham nos serviços de saúde pública de um município da região carbonífera, avaliando o entendimento dos profissionais de nível superior, atuantes em ESF, sobre os princípios e diretrizes do SUS, ESF e os programas desenvolvidos no município. Esta investigação se caracterizou como exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, na amostragem do tipo aleatória e transversal. O caminho metodológico escolhido foi o da pesquisa de campo com entrevistas individuais, com roteiro pré-elaborado. Nos resultados foram analisados que os profissionais de uma forma geral tem um conhecimento razoável sobre o SUS e ESF, sendo que, enfermeiros obtiveram mais entendimento e clareza sobre os pontos abordados, seguido pelos médicos e dentistas.

### ABSTRACT

This study aimed to identify and analyze the profile of nurses, doctors and dentists working in public health services in the city of Içara-SC, assessing the understanding of higher education professionals, active in ESF, on the principles and guidelines SUS, ESF and the programs developed in the city. This research was characterized as exploratory, descriptive qualitative approach, the random sampling of the type and cross. The methodological approach chosen was that of field research with personal interviews with pre-prepared. The results were analyzed that professionals in general have a reasonable knowledge of the UHS and FHS, and that nurses had more understanding and clarity on the points raised, followed by doctors and dentists.

## **INTRODUÇÃO**

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, dentistas) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. Os profissionais que atuam no sistema de saúde constituem um dos eixos responsáveis pela eficiência do mesmo, ou seja, sua capacidade de intervenção é diretamente proporcional a qualidade da sua formação e/ou capacitação para desenvolver atividades nos serviços de saúde.

Os problemas dos serviços de saúde dependem das políticas públicas, das condições de trabalho e da capacidade gerencial para manejar os recursos existentes. A escola é a grande formadora e responsável pelo perfil desenvolvido em seus acadêmicos, onde o marco conceitual e a filosofia do processo formador definem a maneira de atuação, as competências e habilidade de cada futuro profissional.

Este estudo teve como objetivo a identificação e análise do perfil dos enfermeiros, médicos e dentistas que trabalham nos serviços de saúde pública da cidade de Içara- SC, avaliando o entendimento dos profissionais de nível superior, atuantes em ESF, sobre os princípios e diretrizes do SUS, ESF e os programas desenvolvidos no município.

## **DESENVOLVIMENTO**

Esta investigação se caracterizou como exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, na amostragem do tipo aleatória e transversal. O caminho

metodológico escolhido foi o da pesquisa de campo com entrevistas individuais, com roteiro pré-elaborado.

Participaram dessa pesquisa 8 enfermeiros, 5 médicos e 5 dentistas. Foram analisados o nível de conhecimento desses profissionais em relação ao SUS e ao ESF, de forma que foi elaborado um questionário (anexo1), e aplicado em uma reunião da secretaria de saúde de Içara. Os profissionais receberam, responderam e devolveram o questionário logo após a reunião.

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP UNESC - iniciou-se a coleta de dados, a partir da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Para preservar o sigilo decorrente das entrevistas realizadas, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Res 196/96(4) que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, não foi colocado nome nas entrevistas.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

Quando os enfermeiros participantes da pesquisa foram questionados: Qual o seu entendimento sobre o SUS? Dos 08 participantes, 75% deles entendem que o SUS é um sistema que visa garantir à população o acesso universal aos serviços de saúde, como pode ser visto nesta fala: *“O sistema único de saúde tem por objetivos atender de forma igual a todos independentemente de sexo, cor é um sistema universal sendo direito do estado de garantir o atendimento a todos de forma igual” E4.* Segundo o Sistema Único de Saúde *“Pelo princípio da universalidade, todos os brasileiros têm direito aos serviços do SUS, e esse acesso universal, em nenhuma circunstância, pode ser restringido.”* Para entender a gestão do SUS / 2011, outros 12,5% entendem que o sistema atende desde o sistema primário até o atendimento hospitalar, outros 12,5% entendem que trata-se de um sistema de saúde hierarquizado, distribuindo competência para cada esfera.

Sobre o entendimento do SUS, os médicos tem uma visão mais superficial do que é o SUS, afirmando que *“SUS é um Sistema público de saúde com atendimento gratuitos para a população”. M2*

Segundo ministério da saúde: *“o SUS... ofereceram ao povo brasileiro a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção,*

promoção, cura e reabilitação da saúde, fortalecendo a cidadania.” (CONASS, 2011, p. 07)

Outros médicos acham que é “Bom no atendimento primário”. Já sobre este entendimento do que é o SUS, os dentistas relataram por exemplo: “*É um sistema de saúde consumado com CF 1988 onde serão centradas, organizadas todas ações e serviços em saúde para a população brasileira*”<sup>D5</sup>, e conforme a Constituição Federal de 1988, artigo 196 cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CONASS, 2011, p. 25). Outro dentista afirma ter um “*conhecimento razoável sobre o SUS*”<sup>D3</sup>.

Sobre as diretrizes do SUS, alguns enfermeiros acham ser: Hierarquização, regionalização e dever do estado, outros classificam como: descentralização, participação dos cidadãos e regionalização, e, conforme a Constituição Federal de 1988:

...o SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade (CONASS, 2011, p.25).

Sobre as diretrizes do SUS, a maioria dos médicos define como: integridade, universalidade, equidade, igualdade, e também: equidade, integralidade, universalidade, longitudinalidade, interdisciplinaridade, demonstrando então pouco conhecimento sobre o SUS.

Sobre as diretrizes do SUS, um dentista acha que é: “*Abrangência geral da população (público alvo), acessibilidade (atendimento primário/ especializado), integralidade com patologia.*”<sup>D2</sup>, outro acha ser: “*Regionalização (atendimento da população absoluta é dividido segundo a região geográfica de residência da população). Hierarquização: atendimento é organizado em níveis de complexidade de acordo com a necessidade do paciente, baixa, média e alta complexidade, descentralização: o atendimento é descentralizado, estando mais próxima a população onde os problemas a realidade*”<sup>D4</sup>

Segundo Ministério da Saúde, o texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. (CONASS, 2011, p 25).

Referente aos princípios do SUS, na visão da enfermagem, o enfermeiro definiu como *“Saúde é dever do estado direito de todo os cidadãos” E1*, nenhum enfermeiro citou todos os princípios, porém, os mais citados foram corretos, como por exemplo: universalidade, equidade, integralidade e participação popular e descentralização.

Na visão médica, as colocações foram de integralidade, universalidade, equidade, igualdade, participação popular, complementaridade e descentralização.

Segundo a constituição federal os princípios são: 1 universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; 2 integralidade de assistência, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; 3 equidade; 4 descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; 5 conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; 6 participação da comunidade; 7 regionalização e hierarquização. (CONASS, 2011, p. 26)

Sobre os princípios do SUS, os dentistas relataram, *“Universalidade, integridade, e equidade. Universalidade: atendimento universal à população. Integralidade: atendimento integral garantido a referencia e contra referencia no sistema. Equidade: respeitar os diferentes níveis de complexidade das patologias oferecendo diferentes níveis de complexidades dos serviços.” D4*, e outro dentista afirma ser: *“...processos organizativos: descentralização, hierarquização, regionalização, complementaridade do setor privado, participação popular.” D3*

Ao ser questionado sobre o entendimento de ESF, o enfermeiro respondeu que é um: *“Modelo de atendimento vigente na saúde que presta atendimento as famílias inscritas em sua área de abrangência, de maneira integralitaria visando a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravantes de saúde e atendimento primário ao paciente com patologias” E1*. Para a Secretaria da Saúde, a estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem



e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Outro enfermeiro afirma: *“Deve ser o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde. Com uma equipe formada por médico, enfermeiro, téc. de enfermagem, equipe da saúde bucal e ACS, atender o indivíduo de forma integral, diminuindo ao máximo a necessidade de encaminhamento a outras unidades. Deve contar, principalmente com ações de prevenção, seja individual ou coletiva. Abrangendo todas as etapas da vida”. E3*

“O trabalho em equipe torna-se fundamental, pois possibilita que a ação de alguns complemente a ação de outros e vice-versa para haver um dinâmico e rico cruzamento de saberes e fazeres, tecnologias, subjetividades” (CONASEMS, 2011, p.32)

Quanto ao atendimento sobre a ESF, os médicos relataram que é prevenção e promoção à saúde, M4, coloca que é uma *“Estratégia direcionada a prevenção de doenças, uma forma de proporcionar acesso a saúde da população em geral.”*

Os dentistas assim esboçaram, *“Um sistema baseado na saúde da família na atenção básica, na prevenção. Promovido por uma equipe multidisciplinar” D1*, outro dentista fala do seu entendimento: *“A ESF é a tentativa do sistema SUS de estar mais próximo da realidade local da população, aumentando assim a compreensão dos problemas da comunidade e portanto a chave de solucioná-los” D4*, outro falou também que: *“Ele foi instituído nacionalmente em 1954 e veio fortalecer a atenção básica. Ele veio com intuito de fazer uma saúde pública diferente. Dai ênfase a prevenção de doenças, promoção de saúde, reabilitação, tratamento ... reinserção do indivíduo a comunidade trabalho o indivíduo e a família.” D3*

No entanto, segundo PIRES (2009, p.02): *“A Estratégia de Saúde da Família surge como proposta em 1994, sendo desenhada no sentido da reorientação e reorganização da atenção primária à saúde, dirigindo o processo de trabalho para a ação integrativa, integradora e pautada na complexidade das relações sócio sanitárias e culturais do usuário do sistema, junto a seu entorno”* (artigo: Saúde Coletiva no Estado do Amazonas, p.2).

Sobre a finalidade do ESF respondida pelos enfermeiros, um enfermeiro referiu que: *“A estratégia da saúde da família tem a ‘família’ como objeto de atenção, onde pode ser compreendido todo o processo de saúde/doença da população, na ESF são divididos várias ações e programas de promoção de saúde. A equipe da ESF atua com ações de promoção. Prevenção, recuperação e reabilitação das doenças e agravos, e consequentemente na manutenção da saúde na comunidade”* E1

Pelos médicos, um médico relatou que a finalidade é *“Colocar em prática os princípios e diretrizes do SUS na atenção primária e principalmente desenvolver a prevenção de doenças, promoção de saúde”,* outros dois médicos acham ser *“promoção e prevenção da saúde”* M4

Já os dentistas responderam: *“Atender a demanda, setor saúde, de atender a comunidade do ESF, com engajamento de toda a equipe da ESF (agente comunitárias, enfermeira, médico, dentista etc) na atenção primária com a perspectiva de encaminhamentos a referencia e contra- referencia, humanização dos pacientes”* D2. E o D3 afirma que *“Prevenção de doenças e agravos, promoção de saúde, tratamento integral do paciente (reabilitação), trabalho em equipe, dando ênfase ao cuidado, objetivando criar vínculos com a comunidade e tratamento integral, tanto nível individual como coletivo”* D3.

Segundo PIERANTONI (2003, p.63), *“O SUS surgiu com objetivos muito mais abrangentes... da prática que lidava com a doença e com os doentes, o SUS busca a garantia da integralidade, articulando as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.”*

Quando os enfermeiros, dentistas e médicos foram questionados se participaram de alguma capacitação fornecida pela SMS, 100% dos participantes responderam que sim. Os enfermeiros referenciaram cursos relacionados à saúde da família, introdutório à ESF, vigilância epidemiológica e saúde da mulher. Deste 100%, 65% responderam terem participado de curso preparatório à atenção à saúde da família, 25% referiram curso de vigilância em saúde e saúde da mulher.

Quando os médicos foram questionados sobre esta questão, 60% responderam terem realizado curso introdutório para ESF, e 20% responderam terem feito capacitação sobre hepatite viral, saúde mental e saúde da mulher.

Já quando os dentistas foram responder este questionamento, 60% afirmaram receber um curso introdutório para ESF, 40% curso de emergência, e 20% sobre vigilância em saúde, hepatites virais, biossegurança, e combate ao uso de

drogas. Este dado poderia significar um alto nível de conhecimento dos atores da saúde, neste caso, os profissionais enfermeiros, dentistas e médicos.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde Criciúma (2011), a capacitação mais recente foi referente à saúde do trabalhador, dias 5 e 6 de junho do ano de 2011. Sendo que frente à qualquer programa novo, a SMS disponibiliza cursos e capacitações com o objetivo de melhor atender a população vigente.

Ao perguntar quais os programas de saúde desenvolvidos pelo seu município, nenhum dos participantes respondeu completamente todos os programas de saúde, porém, os mais referenciados pelos enfermeiros entrevistados foram: hiperdia (100%), tuberculose e saúde da mulher (75%), Sisprenatal, Sisvan, saúde bucal, Siscolo e hanseníase com 62,5%, anti-tabagismo (50%) e hepatites virais (37,5%). Dos médicos, 40% responderam NASF e CAPS, e 20% responderam programas como: DST/AIDS, anti-tabagismo, vacinação, saúde da mulher e saúde do homem. Dentre os dentistas, 60% disse que conhece ter programas sobre saúde bucal/geração sorriso, 40% afirmaram ter programas para o anti-tabagismo, HIV/DST/AIDS, saúde da mulher, hipertensão, contrapondo com 40% que não souberam responder.

Em Criciúma, há em média 16 grupos, instituições ou fundações que fornecem programas, mas relacionados à saúde, há o Programa Viver Bem pelo Grupo de Apoio de Prevenção a AIDS de Criciúma (GAPAC), o Programa Saúde Bucal (atendimento odontológico a toda comunidade - crianças, jovens e adultos) pela Associação Beneficente (ABADEUS) e o Programa Sorrir Tem Futuro Associação Feminina de Assistência Social (AFASC). (FIA, 2011)

Quando os profissionais foram questionados se utilizavam os serviços de seus municípios, os enfermeiros referiram em média 8 programas que são utilizados, dentre os mais relatados foram saúde mental, saúde da mulher, tuberculose, hanseníase, anti-tabagismo. Os médicos referiram utilizar mais o programa de saúde mental (40%), 20% relataram encaminhar para vários, e 20% ainda disse que pouco encaminha para especialistas. Os dentistas quando foram questionados, 60% responderam utilizar o programa de saúde bucal, 40% não realiza encaminhamentos para os grupos de planejamento municipal, e 20% encaminha os pacientes para cirurgia ou radiologia.

Aos profissionais colocaram que o entendimento que tem sobre planejamento municipal de saúde, e sua finalidade, obteve-se as seguintes respostas:

100% dos enfermeiros relataram que plano municipal de saúde é constituído por metas/propostas/planejamento das ações em saúde pactuadas em um município durante um determinado período, programadas pela gestão municipal. Apenas 50% dos enfermeiros participantes referiram a finalidade do mesmo, sendo que destes, 25% relataram como finalidade melhorar indicadores de saúde, e, 12,5% referiram que estes planos municipais são para garantir recursos para a realização das ações nas ESF.

Quanto aos médicos, 60% responderam o conceito de plano municipal de saúde, e, apenas 20% dos participantes referiram alguma finalidade: *“Estratégia do município para tentar solucionar os problemas locais” M1*, outros 66,6% definiram plano municipal de saúde ser programas/metastas do governo/município para a saúde. Já 20% dos participantes responderam que plano municipal de saúde: *“São os objetivos levantados anualmente pelo município pactuado com governo federal.” M5* e ainda 20% dos participantes médicos da pesquisa não souberam conceituar o que seria o plano municipal de saúde, nem sua finalidade.

Quanto aos dentistas, apenas 40% definiram o que é plano municipal de saúde, conceituando-o como normas/diretrizes/ações nos serviços em saúde articulado com estado, união e municípios. Mais da metade (60%) dos participantes dentistas referiram as finalidades do plano municipal de saúde, 33,3%, referiu ter como finalidade a *“...resolução dos problemas” D4*, já 33,3% dos mesmos respondeu ter como finalidade *“...planejar, programar objetivar ações futuras do governo na área da saúde” D1*.

O objetivo do planejamento municipal de saúde é implementar políticas de saúde que garantam o acesso da população a todos os serviços, com resolutividade e humanização, superando os índices propostos pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde. (PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2011)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise e identificação dos dados conclui-se que os profissionais entrevistados, de uma forma geral, têm um conhecimento razoável sobre o SUS e ESF, ficando em evidência que os enfermeiros têm maiores noções e conhecimentos em relação ao SUS e os programas que nele são propostos.

Isso pode ser devido a uma maior carga horária de estudos administrativos contida no curso de enfermagem em relação aos outros cursos entrevistados, o que

sugere, talvez, um incremento na grade curricular dos demais cursos da área da saúde, pois esse tipo de informação é de suma importância aos profissionais que atuam dentro deste sistema.

Este estudo evidenciou a necessidade de maiores informações sobre o SUS e o ESF para profissionais que trabalham nesse sistema. Sugere-se algumas palestras e cursos capacitatórios a esses profissionais direcionados ao aperfeiçoamento dos conhecimentos já adquiridos na graduação, ou a geração de uma educação continuada que não serviria apenas para instruir, mas também para atualizar os profissionais sobre eventuais atualizações do SUS.

## REFERÊNCIAS

PIERANTONI, C.R., et.al. **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003. 389p.

CONASEMS. **A atenção básica que queremos**. 2011.

CONASS. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**: Coleção para entender a Gestão do SUS. Brasília. 2011. 291 p.

FIA (Fundo para Infância e Adolescente). **Programas**. Disponível em: <<http://fia.criciuma.sc.gov.br/programas.html>> Acesso em Nov. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Unidades de Saúde**. Disponível em:<<http://www.criciuma.sc.gov.br/saude.php>> Acesso em Nov. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE CRICIÚMA. **Plano Municipal de Saúde Criciúma 2009-2013**. 2009.

PIRES, R.O.M. O médico para Saúde Coletiva no Estado do Amazonas: lacunas na formação, lacunas na atenção. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CRICIÚMA. **Cerest oferece capacitação para profissionais da saúde**. Disponível em: <[http://www.criciuma.sc.gov.br/2011/noticia/cerest\\_oferece\\_capacitacao\\_para\\_tecnicos\\_em\\_saude-5995](http://www.criciuma.sc.gov.br/2011/noticia/cerest_oferece_capacitacao_para_tecnicos_em_saude-5995)> Acesso em: nov. 2011.

## **A EXPERIÊNCIA DO PROJETO DE EXTENSÃO PRO-PET SAÚDE DA FAMÍLIA NA FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR**

**Luciana Zucco**

Tutora Pró-PET Saúde da Família. Professora Doutora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. lpzucco@uol.com.br

**Fernanda Rech Rodrigues**

Bolsista Pró-PET Saúde da Família. Acadêmica do curso de Nutrição, UFSC. nutrifernanda@live.com

**Darlana Trevisol dos Santos**

Bolsista de extensão. Acadêmica do curso de Serviço Social, UFSC.  
darlana.trevisol@gmail.com

**Mariana Cardoso Fernandes**

Bolsista Pró-PET Saúde da Família. Acadêmica do curso de Medicina, UFSC.  
marianacf.91@gmail.com

**Júlio da Silva Cardoso Jr.**

Bolsista Pró-PET Saúde da Família. Acadêmico do curso de Enfermagem, UFSC.  
julio.dscl@gmail.com

### **RESUMO**

**Introdução:** O trabalho em tela tem como objetivo apresentar a experiência de extensão do grupo PRO/PET Saúde da Família - Centro de Saúde Agrônômica em parceria com a ONG Gente Amiga, localizada no Morro do Horácio- Florianópolis. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde), implantado em 2010, é um instrumento de ação intersectorial (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) voltado à formação de alunos de graduação em saúde, segundo os princípios do SUS, e à qualificação em serviço dos profissionais da saúde. O trabalho do PET teve como principais objetivos a promoção da saúde do adolescente com ênfase na saúde sexual e reprodutiva, em função dos indicadores de saúde. O diagnóstico de saúde do Distrito Centro aponta a gravidez na adolescência como parte da realidade do município de Florianópolis “das doenças de notificação compulsória, é preocupante [...] a incidência das hepatites e das doenças sexualmente transmissíveis (DST) além dos inesperados óbitos infantis e da alta incidência de gravidez na adolescência” (aproximadamente 200 casos em 2009) (PMF, 2010). **Metodologia:** As atividades do PET foram realizadas de março a setembro de 2013, por uma equipe interdisciplinar formada por: acadêmic@s da enfermagem, medicina, nutrição e serviço social; técnicos da Secretaria Municipal de Florianópolis, preceptores das áreas de enfermagem, nutrição, odontologia e serviço social; professora do serviço social, na condição de tutora. O trabalho de extensão se constituiu de dois momentos: planejamento das atividades e execução de oficinas educativas sobre a saúde sexual e reprodutiva d@s adolescentes. Através dos encontros semanais de estudos, a equipe planejava as atividades a serem realizadas com @s adolescentes. Estas ocorreram quinzenalmente no período matutino e vespertino, a partir de temas demandados pelos participantes das oficinas. Todos os encontros foram realizados a partir de dinâmicas de grupo, possibilitando promover a participação dos adolescentes, numa perspectiva de práticas educativas. Priorizou-se trabalhar as temáticas através das realidades cotidianas dos adolescentes, estimulando o debate, o que permitiu estabelecer um espaço de interlocução e de

troca com a equipe, e entre os adolescentes, bem como ONG e Centro de Saúde. Ao total foram abordados 10 assuntos, através de 17 oficinas, compreendendo dois grupos com oito e 11 adolescentes, com idades entre 11 e 16 anos. Os temas priorizados foram: “Território”; “Projeto de Vida”; “Sexualidade”; “Sexualidade: respondendo às perguntas”; “Caderneta da Saúde”; “Alimentação”; “Cuidados com a Saúde”; “Material Reciclado”; “Drogas e Violência”; “Ciências”, com visita ao Campus da UFSC – Planetário e Laboratório. Somaram-se às oficinas, as triagens de odontologia, nutrição e enfermagem. Considerações finais: As oficinas foram consideradas, simultaneamente, campo de intervenção e campo de pesquisa, bem como de formação. Em relação às oficinas e à pesquisa, os registros indicaram que as atividades trouxeram reflexões da vida cotidiana, discutindo elementos do imaginário social, do senso comum e dos significados das atribuições sociais do feminino e do masculino dos grupos. A sexualidade se apresentou em ambos como assunto de interesse e das falas secretas (FOUCAULT, 1999), pelo modo como @s adolescentes tratavam o tema. Ademais, o pensamento de Heilborn (2006) nos fornece elementos para compreendermos que os Grupos de Adolescentes acompanhados pelo PRO/PET-Saúde da Família viviam processos subjacentes definidores da adolescência, que não se limitavam à idade como seu demarcador. É possível percebermos a adolescência, nesses grupos, como processos e transições, frutos de trajetórias biográficas. A trajetória materializaria, então, “o caráter gradual e de acúmulo de experiências” (HEILBORN, 2006, p. 58). Notou-se, ainda, segundo Almeida (2002), que houve, no trabalho de campo, a constituição de relações intersubjetivas entre pesquisador@-observador@ e informantes, ou seja, a construção de um lugar que não é referenciado apenas por um universo cultural, mas que potencializa processos reflexivos e de crítica sobre as culturas de origem dos sujeitos. Em relação à formação, existem muitas formas de se adquirir conhecimento na academia, e através do grupo de trabalho entre estudantes e profissionais de saúde, as oficinas foram elaboradas por meio de experiências e leituras a respeito dos temas propostos. As oficinas, cujo objetivo era proporcionar aprendizagem e discussões de forma dinâmica com um grupo de adolescentes, também se tornou um instrumento de grandes discussões entre os estudantes durante sua elaboração, espaço este, muito rico e diferente das aulas tradicionalmente teóricas em sala.

**Palavras-chave:** Adolescente; Sexualidade; Universidade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H. B. de. Mulher em Campo: reflexões sobre a experiência etnográfica. In: [et.alli] (orgs.). Gênero em Matizes. Bragança Paulista: Coleção Estudos CDAPH. Série História & Ciências Sociais, 2002. p. 49- 80.

FOUCAULT, M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

HEILBORN, M.L. Experiência da Sexualidade, Reprodução e Trajetórias Biográficas Juvenis. In: HEILBORN, M.L; AQUINO, E.M.L; BOZON, M; KNAUTH, D.R., (Org.). O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006, p. 29-59.

PMF. Diagnóstico de Saúde Distrito Centro. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Florianópolis: Maio, 2010.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a colaboração em todo processo de construção e execução das oficinas d@s demais bolsistas Julio da Silva Cardoso Junior e Mariana Cardoso Fernandes. E no processo de revisão desse trabalho d@s graduand@s Lucas Simões Ferreira, Gabriela Stang, Helena Enck Sambrano, Amanda Moreira Teixeira, Gleice Tânia de Lima, João Vitor Prim, Julia Rodrigues Lenz, Rodolfo Braga, Romina Lizette Mariguin, Ruth Gnecco Zanini. Por fim, agradecemos a ONG Gente Amiga, ao Centro de Saúde Agrônômica e aos profissionais envolvidos@s.



## CONHECIMENTO DE UM GRUPO DE COLABORADORES DE UM HOSPITAL DO SUL DE SC SOBRE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (MANCHESTER)

Beatriz Marques Farias

Acadêmica Enfermagem 5 fase (Pro-Pet Saúde)- Unesc

Eduarda Valvassori

Acadêmica Enfermagem 9 fase- Unesc

Carla Cadorin Pezente

Acadêmica Enfermagem 9 fase- Unesc

Valdemira Santana Dagostin

MSc Ciências da Saúde- Unesc E-mail: vsd@unesc.net

Magada Tessmann Schwalm

Dra. Ciências da Saúde – Unesc E-mail: mts@unesc.net

### RESUMO

**Contextualização:** Apesar de o acolhimento ser constituinte de todas as práticas de atenção e gestão, os serviços de urgência apresentam desafios a serem superados no atendimento em saúde: superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros (BRASIL, 2009). Uma das estratégias ou formas de realizar o acolhimento e nos serviços de urgência e emergência realizar a classificação de risco é o protocolo de Manchester (PM). O protocolo é composto por cinco cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Cada cor determina um nível de gravidade e um tempo de espera recomendado para o usuário ser submetido à observação médica. “Vermelha” é avaliada como emergente e tem atendimento imediato; “Laranja” muito urgente e presume-se o atendimento em dez minutos; “Amarela” considerada urgente com atendimento em até 60 minutos; “Verde” pouco urgente com espera recomendada de 120 minutos e a azul, considerada como não urgente, com tempo de espera recomendado de 240 minutos (FERNANDES, 2010). O objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento dos colaboradores que atuam no pronto socorro do hospital São Donato que está localizado na cidade de Içara– SC sobre o PM. **Metodologia:** A pesquisa foi qualitativa, descritiva e de campo. A coleta dos dados aconteceu a partir de entrevista com perguntas semiestruturadas, foram gravadas e transcritas como garantia da fidedignidade das falas. A amostra foi intencional e censitária. Participaram Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Auxiliares de enfermagem e Médicos atuantes no Pronto Socorro de um Hospital do Sul de SC. O tratamento dos dados aconteceu a partir da análise de conteúdo (Minayo, 2010). **Resultados e discussão:** Dos 12 entrevistados dois (2) eram médicos, três (3) enfermeiros e sete (7) técnicos de enfermagem, seis (6) atuam entre 1-5 anos, 10 sentem-se preparados para atuarem em emergências, três (3) se sentem preparados em função do conhecimento, dois (2) por experiência e devido a formação. Três (3) referem que tem qualificação pela educação continuada que recebem no hospital, cinco (5) técnicos de enfermagem não conhecem o PM, dois (2) deles referem que o PM é manifesta pela cor, seis (6) técnicos de enfermagem pensam que o hospital não tem estrutura para

atendimento de emergência e nem recursos necessários. Dos recursos existentes, sete (7) citam o Rx e exames laboratoriais como sendo a principal estrutura. Quanto ao significado das cores, nove (9) acreditam que vermelho significa emergência e tem tempo determinado para atendimento, quatro (4) compreendem que a cor laranja significa urgência e tem-se 10 minutos para realização do atendimento, dois (2) compreendem que a cor amarela significa presença de lesões e tem-se três (3) horas para efetuar-se o atendimento. Três (3) declaram não saber o significado e tempo da cor verde. Três (3) acreditam que a cor azul tenha referência a atendimento ambulatorial e tem-se 5 horas para efetuar a realização do atendimento. Sete (7) dos entrevistados, referem que o maior número de atendimento concentra-se em emergências traumáticas e clínicas. Seis (6) dos entrevistados mencionam que os sinais vitais são utilizados como critério de avaliação na classificação de risco. Com relação a temas de devem ser trabalhados junto aos colaboradores: três (3), mencionam PCR e os demais temas são sugeridos por pelo menos dois dos entrevistados, quais sejam, exame físico e ACLS, emergências pediátricas, insuficiência renal, ventilação mecânica, IAM, abdome agudo, queimaduras, intoxicações exógenas, TCE, fraturas, AVC, EAP, afogamento, IRA, dentre outros. **Conclusões:** há déficit de conhecimento quanto ao acolhimento e classificação de risco por parte dos colaboradores atuantes no serviço de emergência do hospital participante da pesquisa e necessidade de educação continuada. Os objetivos de uma RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN e HAM, 2008). Há muito o que trilhar ainda para que as RAS sejam realidade, o ensino da saúde tem papel importante na implantação das RAS à medida que é responsável pela formação dos futuros profissionais da saúde.

**Palavras-chave:** Acolhimento; Classificação de Risco; Pronto Socorro.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da saúde, 2009.

Souza, Raíssa Silva, Bastos, Marisa Antonini Ribeiro. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *remE – Rev. Min. Enferm.*;12(4): 581-586, out./dez., 2008.

Mendes, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ROSEN, R. & HAM, C. – Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia: informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Bannister. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 1: 2, 2008.

## **A SAÚDE NO RURAL: UMA NECESSIDADE DE INTEGRAR ATORES, POLÍTICAS PÚBLICAS E A REALIZAÇÃO DE UMA GESTÃO SOCIAL**

**Samir Seródio Amim Rangel**

Sócio-economista, doutorando em Políticas Públicas pela UFPR. Bolsista FAPES. Agente de Desenvolvimento em Extensão rural do Instituto Capixaba de Pesquisa e Ater (Incaper). Email: samirserodio@yahoo.com.br

**Adriana Moro Wieczorkiewicz**

Enfermeira, doutoranda em Políticas Públicas pela UFPR. Bolsista CAPES. Colaboradora do Grupo de Pesquisa do Núcleo de Ciências da Saúde e Meio Ambiente da Universidade do Contestado – Campus Mafra – SC. Preceptora Voluntária do Pro-pet Saúde do trabalhador. Email: adri.moro@gmail.com

**Luiz Eduardo Becker**

Acadêmico da 3ª fase do Curso de Educação Física da UnC-Mafra-SC. Bolsista Pro-pet Saúde do trabalhador da UnC-Mafra. Email: luizz\_edu@hotmail.com

**Guilherme Douglas Piel Dornelles**

Acadêmico da 7ª fase do Curso de Ciências Biológicas da UnC Mafra-SC. Bolsista Pro-pet Saúde do trabalhador da UnC-Mafra. Email: dornelles\_d@hotmail.com

**Marlon Benda**

Acadêmico da 1ª fase do Curso de Enfermagem da UnC-Mafra-SC. Bolsista Pro-pet Saúde do trabalhador da UnC-Mafra. Email: marloncbenda@gmail.com

### **RESUMO**

Este ensaio refere-se a relação entre ação do Estado e a saúde no rural brasileiro, tendo emergido nos debates realizados durante uma oficina de extensão rural como instrumentalização para reorientação profissional de alunos da área da saúde, ou seja, estudantes da Universidade do Contestado, Campus de Mafra-SC, os quais, são participantes de um programa do ministério da saúde, pro-pet saúde do trabalhador. A oficina tinha por objetivo apresentar o conceito, um histórico com as distintas fases, e as ferramentas da extensão rural, contribuindo para a formação dos alunos e possibilitando um aprendizado que aproximasse esses à realidade dos trabalhadores rurais, e assim executarem efetivamente ações em saúde preventiva nesta população. O problema levantado primeiramente foi a dificuldade de executar ações de prevenção em saúde do trabalhador rural, por questões de interesses individuais e grupo de interesses, principalmente em relação a indústria de agrotóxicos, conflitos endógenos e exógenos ao rural, nos quais a economia e o desenvolvimento do capital é por muitas vezes vivenciada em detrimento da saúde. Para refletir sobre o abordado, vale ressaltar a não integração dos planos de trabalho das agências, instituições e ou programas que atuam com o desenvolvimento do rural e a saúde do trabalhador, se presentes nos planos municipais de saúde, muitas vezes não se encontram explícitos nos planos de desenvolvimento rural, ou se estão, são focos de ações unilaterais das instituições de saúde, mas não se encontram pensada em ações integradas e sincronizadas, tanto no planejamento, quando na execução, e em seguida, no controle e avaliação. Estas questões trouxeram a necessidade de pensar a integração e a transversalidade das ações a partir do que se pretende com o desenvolvimento rural sustentável, enquanto simbólico para pensar políticas públicas que vão no sentido do alcance desse conceito. Crê-se que esse debate deve ser realizado em torno do Estado de governabilidade de Foucault (1978). No qual, observou-se que a partir da certeza da importância dos indicadores e da possibilidade de calcular estatisticamente

diversas ações sobre a população, emerge o Estado da governamentalidade, que se soma a economia política, e ao que se pretende o Estado, e acredita-se em um Estado de Bem-Estar Social, para avançar em ações a favor da população rural, entretanto, devem ser pensadas de forma otimizadoras. Aproximando-nos de concluir que o pretendido desenvolvimento rural sustentável, enquanto simbólico para pensar políticas públicas, precisam aproveitar-se e focar nas ações da extensão rural sobre esse espaço, pelo seu caráter histórico, desde sua fase educadora, assistencialistas e humanistas até os modelos atuais. Sendo que as ações em direção a qualidade de vida do ser humano do campo, precisam ser realizada por meio de uma interdisciplinariedade, devendo ser repensada, na sua essência e na inserção do tema e de profissionais da saúde, propriamente no serviço público e gratuito de extensão rural. Mas também na busca do apoio em programas de saúde já existentes. No entanto, o resultado desta proposta é sobretudo, apresentar os fatos, sendo que, apesar das intervenções realizadas com relação ao sanitarismo, a higienização, com práticas da economia doméstica e do bem estar, entre outros, a maximização do alcance do pretenso desenvolvimento rural sustentável encontra-se distante, sendo necessário integrar as políticas públicas do serviço social e da saúde pública ao alcance da extensão rural enquanto política pública, instituição e processo. Da mesma forma, a criação de instrumentos que visam realização da gestão social, valorizando o planejamento e o controle com indicadores é emergente e necessária. Como fundamentação teórica e metodológica utilizou-se da revisão da literatura bibliográfica relacionada a história do desenvolvimento rural, suas fases, os planos ligados a saúde. Sendo histórica e dissertativa.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento Rural; Saúde Pública; Políticas Públicas.

## REFERÊNCIAS

FOUCAULT, Michel. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008 [1978]

## AGRADECIMENTOS

Queremos agradecer a Universidade do Contestado, pela iniciativa em integrar a extensão rural e os alunos que fazem estágio no Pró-pet, sendo uma experiência importante para esses. Da mesma forma a Universidade Federal do Paraná, pelo curso interdisciplinar de Pós Graduação em Políticas Públicas. E o Instituto Capixaba de Pesquisa, Assistência Técnica e Extensão Rural – Incaper, pela relevante atuação na extensão rural e na pesquisa agropecuária.

## DEPRESSÃO EM ESTOMIZADOS: AVALIAÇÃO A PARTIR DA ESCALA DE HAMILTON

Beatriz Marques de Farias

Acadêmico de Enfermagem 5ª fase Unesc.

Monica B. Dal Pont

Acadêmica de Enfermagem 8ª fase Unesc.

Michele Machado

Acadêmica de Enfermagem 2ª fase Unesc

Luciane Bisognin Ceretta

Doutora- Docente do Curso de Enfermagem Unesc. E-mail: luk@unesc.net

Mágada Tessmann Schwalm

Doutora em Ciências da Saúde- Unesc. E-mail: mts@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** Estoma é uma palavra derivada de dois termos gregos, os e tomia, que significam abertura de uma boca ou comunicação entre um órgão interno e o exterior, com a finalidade de suprir a função do órgão afetado, em diversos sistemas orgânicos (LUZ, 2009). Para SANTOS (e Cols, 2007) a confecção de um estoma é um procedimento cirúrgico, realizado, sobretudo em situações de urgência, visando à redução da morbimortalidade pós-operatória e em caso de presença de tumores (câncer). Tal procedimento é potencialmente acompanhado de complicações que na maioria das vezes são subestimadas. Estudos mostram taxas de complicações relacionadas a estomas que variam de 21 a 60%. Grande parte de tais complicações podem ser evitadas com o planejamento do local de confecção do estoma, com o uso de técnica cirúrgica adequada e utilização de medicamentos profiláticos (antibioticoterapia). Segundo Barbutti, Silva, Abreu (2008), as principais complicações relacionadas aos estomas incluem a adaptação inadequada da placa de ostomia, devido à má localização do estoma na parede abdominal, dermatite periestomal, necrose isquêmica, retração, prolapso, estenose, fístula periestomal, hérnia periestomal, abscesso periestomal e câncer. Além das complicações citadas, existe ainda, nos casos de ostomias temporárias, a morbimortalidade relacionada ao procedimento de fechamento dos mesmos. O paciente submetido a este tipo de intervenção cirúrgica, a ostomia, enfrenta várias modificações no seu dia-a-dia, as quais ocorrem não só no nível fisiológico, mas também no nível psicológico, emocional e social. Isto está intimamente relacionado ao sofrimento, a dor, a deteriorização, incertezas quanto ao futuro, mitos relacionados a ele, medo da rejeição, entre outros. A imagem corporal está intimamente ligada à autoestima, autoimagem, auto conceito, conceito corporal e esquema corporal, componentes importantes de sua identidade. O presente estudo objetivou identificar a presença de depressão em pacientes estomizados. **Desenvolvimento:** Pesquisa quantitativa descritiva. Participaram da pesquisa os pacientes estomizados cadastrados na associação dos estomizados da região carbonífera - Criciúma. Para coleta de dados foi utilizado a escala de Hamilton – Depressão, já validada. Para a análise quantitativa de dados, os mesmos serão inseridos em planilha eletrônica após a coleta e a análise estatística será

calculada pelo *software* estatístico SPSS. As variáveis contínuas serão apresentadas utilizando média  $\pm$  desvio padrão ou mediana e intervalo de confiança. **Resultados e discussão:** 65,2% (15) não apresentam tristeza ou desesperança; 95,7% (22) não apresentam nenhum sentimento de culpa; 4,3% (1) já tentou suicídio e 4,3% (1) já apresentou ideia ou gestos suicida; 21,7% (5) queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites; 26,1% (6) acordam à noite; 4,3% (1) são incapazes de voltar a conciliar o sono se deixar a cama; 4,3% (1) tem pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos, 17,4% manifesta perda de interesse por atividades, 4,3% (1) parou de trabalhar devido à doença atual. Com relação a retardo (lentidão de ideias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída) 8,7% (2) apresenta leve retardo à entrevista; 21,7% (5) apresenta inquietude durante a entrevista, 21,7% (5) brinca com as mãos e com os cabelos e 4,3% (1) mexe-se, não consegue sentar quieto. No que diz respeito à ansiedade psíquica, 13,0% (3) tem tensão e irritabilidade subjetivas e 8,7% (2) tem atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala. Quanto à ansiedade somática Gastrointestinal, Cardiovasculares ou Respiratórios: 34,8% (3) apresentam leve, 34,8% (3) moderada e 8,7% grave. Nos sintomas gastrointestinais, 26,1% (6) tem perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente, tem sensações de peso no abdome; Nos sintomas somáticos gerais 30,4% (7) tem peso nos membros, nas costas ou na cabeça, dores nas costas, cefaleia, mialgias e perda de energia e cansaço; nos sintomas genitais 4,3% (1) tem perda da libido e 4,3% (1) tem sintomas leves. No que diz respeito ao hipocondrismo, 4,3% (1) tem ideias delirantes hipocondríacas e 17,4% (4) tem preocupação com a saúde; 13% (3) apresenta perda de peso definida, 34,8% (8) nega estar doente, nenhum apresentou variação temporal, sensações de irreabilidade, ideias niilistas ou sintomas paranóides, 4,3% (1) apresenta sintomas obsessivos e compulsivos graves. **Conclusões:** apresentar das diversas alterações encontradas nos resultados não há dados conclusivos sobre a depressão. É necessário no entanto encaminhamento para avaliação dos sujeitos com maior presença de sintomas e em especial com ideia suicida.

**Palavras-chave:** Estomias; Depressão; Avaliação.

## REFERÊNCIAS

- CASCAIS, Ana Filipa Marques Vieira Cascais; MARTINI, Jussara Gue Martini; ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos Almeida. **O IMPACTO DA OSTOMIA NO PROCESSO DE VIVER HUMANO.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Jan-Mar; 16(1): 163-7.
- SANTOS; CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS; BEZERRA, MARCELO MATOS, BEZERRA, FERNANDO MÁRCIO MATOS; PARAGUASSÚ, BIANCA RAHAL. **Perfil do Paciente Ostomizado e Complicações Relacionadas ao Estoma.** Rev bras Coloproct . Janeiro/Março, 2007. Vol. 27 Nº 1
- BARBUTTI, Rita Cristina Silva; SILVA, Mariza de Carvalho Póvoas da y ABREU, Maria Alice Lustosa de. Ostomia, uma difícil adaptação. Rev. SBPH [online]. 2008, vol.11, n.2, pp. 27-39.

SALES, Catarina Aparecida et al. **Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2010, vol.44, n.1, pp. 221-227. ISSN 0080-6234.

BARNABE, Natalia Campos and DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz. **Estratégias de enfrentamento (coping) de pessoas ostomizadas**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2008, vol.16, n.4, pp. 712-719.

## **O ENSINO E A AÇÃO COMUNITÁRIA EM UM GRUPO DO PRO/PET-SAÚDE NO ANO DE 2013**

**Francielle Lazzarin de Freitas Gava**

Enfermeira Especialista em Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC  
flfgava@hotmail.com

**Ioná Vieira Bez Birolo**

Enfermeira Mestre em Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC  
ionavieira71@hotmail.com

**Brunella Flores Pupo**

Acadêmica 10<sup>a</sup> fase de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC  
brunellapupo@gmail.com

**Maria Gabrielle Ribeiro**

Acadêmica 9 fase de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC  
UNESCgaby\_mgr@hotmail.com

**Susane Raquel Périco**

Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC  
susane.perico@terra.com.br

**Luciane Bisognin Ceretta**

Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC  
luk@unescc.net

### **RESUMO**

A necessidade de adequação dos profissionais e alunos da área da saúde à dinâmica social e ao complexo processo saúde-doença é um fator proeminente no Brasil. Assim, o grupo PROPET-saúde foi formado, com a finalidade de aprendizagem de alunos da área da saúde e qualificação de profissionais dentro da Estratégia de Saúde da Família. Nesse relato de experiência procura-se agregar e analisar criticamente as produções científicas e sociais da linha de ação Rede Cegonha, um grupo PROPET-saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), em Criciúma-SC, no ano de 2013. Foi elaborado um projeto para o diagnóstico da atenção ao pré-natal e ao puerpério no município de Criciúma e reorganização na lógica das redes de atenção à saúde; Revisão de literatura sobre a rede cegonha; sensibilização de agentes comunitários de saúde; encontro com estudantes de escolas municipais para conscientização sobre gravidez na adolescência, dentre outras atividades. Estudantes da área da saúde precisam de educação diferenciada e inserção precoce em seu futuro ambiente de trabalho para que desde sua formação exista uma personalidade crítica, consciente e resolutiva. A teoria adquirida em revisões de literatura e a pesquisa de trabalhos da mesma área integradas com a experiência de tutores e preceptores são determinantes de uma experiência multiprofissional que ajuda os alunos a tomarem atitudes futuras de fortalecimento da saúde pública brasileira.

**Palavras-chave:** PROPET-Saúde; Saúde Pública; Redes de Atenção à Saúde; Rede Cegonha.



## ABSTRACT

The need for fitness professionals and students from health to social dynamics and the health-disease complex is a prominent factor in Brazil. Thus, PROPET - health group was formed with the purpose of learning of students in the health and skills of professionals within the Family Health Strategy. In this experience report we tried to aggregate and analyze critically the social and scientific productions of the line of action Stork Network, one PROPET - health group at the University of the Extreme South of Santa Catarina (UNESC) in Criciúma, SC, in 2013. It was done a project to diagnosis the of pre - natal and postpartum 'attention in Criciúma and reorganization in the logics of the health care networks;a literature review; awareness of community health workers; meeting with students of municipal schools for awareness about teen pregnancy , among other acts and theories . Students healthcare need differentiated education and early integration in their future work environment for that since its formation there is a critical personality, conscious and resolute. The theory gained from literature reviews and research work in the same area integrated with the experience of tutors and preceptors are determinants of a multidisciplinary experience that helps students taking future actions based on the quality of Brazilian public health.

**Keywords:** PROPET-Health; Public Health; Health Care Networks; Stork Network.

## INTRODUÇÃO

A saúde pública do Brasil possui como sistema operacional o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi estabelecido conforme a Lei Orgânica N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Seus princípios e diretrizes são: universalidade, igualdade, integralidade, hierarquização, regionalização, resolutividade, descentralização, complementaridade do setor privado e participação dos cidadãos (BRASIL, 1990).

Em nosso país existiu uma fragmentação que enfraqueceu seu sistema de saúde, dessa forma, a Organização Pan-Americana da Saúde (2011) elucidou a estratégia das Redes de Atenção coordenadas pela Atenção Primária à Saúde com a finalidade de enfrentar o complexo cenário contemporâneo das necessidades de saúde existentes na maioria dos sistemas de saúde do mundo.

A constituição das Redes de Atenção à Saúde é obtida por três setores: a população, a estrutura operacional que se distribui por: atenção primária à saúde, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos, o sistema de transporte em saúde, e o sistema de governança das redes; e finalmente, os modelos de atenção à saúde aguda e crônica (MENDES, 2011. p.20)

Essas Redes determinam os “pontos de atenção à saúde secundários e terciários, sendo esses nós que ofertam serviços especializados, gerados por uma produção singular, e se constituem em unidades hospitalares e ambulatoriais” (MENDES, 2011. p. 100-101).

No contexto de Redes, o governo Federal instituiu a Rede cegonha, a partir da Portaria 1459 de 24 de junho de 2011, a qual possui como objetivos: reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal; fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses e; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade (Brasil, 2011).

A Rede Cegonha possui quatro componentes, os quais compreendem uma série de ações de atenção à saúde nessa estratégia: Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (Brasil, 2011).

Para sua inserção, é necessário que exista uma Matriz Diagnóstica, a qual será feita por quatro componentes, que também servirão para a priorização epidemiológica da Rede Cegonha: Indicadores de morbi e mortalidade; Indicadores de atenção; Situação da capacidade instalada hospitalar e; Indicadores de gestão (Brasil, 2011).

As equipes de saúde necessitam compreender a complexidade do processo saúde-doença, e assumir que o foco da atenção se encontra na família, não somente no aspecto curativo. Essa necessidade fez com que o processo de educação na promoção de saúde fosse repensado (CAMPOS, 2009).

Dessa forma, foi criado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), com o intuito de formar profissionais aptos a atuar com qualidade e resolubilidade no SUS a partir do Ministério da Saúde, articulado com o Ministério da Educação (BRASIL, 2009).

A partir da implantação desse programa houve a necessidade de inserir o aluno no serviço de saúde e de manter a interação entre ensino e serviço a partir de financiamento. Pela iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, com a Portaria Interministerial nº 1.802, foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), em 2010, a Portaria Interministerial nº. 421 substituiu a Portaria

Interministerial MS/MEC nº 1.802, para dar continuidade ao programa (BRASIL, 2010).

O principal objetivo do PROPET-Saúde é de criar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), para oferecer aos acadêmicos da graduação um aperfeiçoamento nos serviços das profissões por meio de estágios e vivências, que serão proporcionados pelas instituições de ensino superior em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 2009).

A conformação dos grupos PROPET-Saúde é dada a partir de um tutor acadêmico, 30 estudantes, sendo 12 destes monitores bolsistas; e seis preceptores. No ano de 2009 houve 306 grupos PROPET-Saúde em atividade, que representou 5.814 bolsas/mês, e também existiu a participação de 5.508 estudantes não bolsistas, totalizando 11.322 participantes/mês (HADDAD et al, 2009).

Segundo a Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), 2014 o projeto é desenvolvido a partir de cinco linhas de ação, sendo elas: saúde do homem, hipertensão arterial sistêmica e diabetes, práticas integrativas em saúde, obesidade infantil, funcionalidade e atividade física. São desenvolvidas atividades de pesquisa e extensão em comunidades selecionadas a partir de cada linha de ação, e estão envolvidos nesse programa cinco tutores, 20 preceptores e mais de 80 acadêmicos.

Os Tutores são professores da universidade, cada um responsável pela organização das linhas de ação; os preceptores são funcionários da Secretária de Saúde de Criciúma. Todos devem dispor de 8 horas semanais para as atividades propostas. Os alunos bolsistas são selecionados via edital interno e também são acolhidos os alunos regulares que almejam serem voluntários na estratégia PROPET-saúde.

Desse modo, o presente artigo é um Relato de experiência baseado nas atividades concluídas por um grupo PROPET-saúde durante o ano de 2013, na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). O objetivo principal é caracterizar as produções científicas e sociais da linha de ação Rede Cegonha, além expor a importância da educação continuada com a atuação crítica e interdisciplinar na saúde pública do Brasil.

A coleta de dados para a realização do projeto intitulado: Rede cegonha: Diagnóstico da Atenção ao Pré- natal e ao Puerpério no Município de Criciúma e Reorganização na Lógica da Rede Cegonha teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, por meio do parecer nº 573576. Foram observadas as orientações da

resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi providenciado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação na pesquisa.

A metodologia se baseou em: revisão bibliográfica a partir dos bancos de dados: BIREME, BVS SciELO, LILACS e MEDLINE, no período de 2000 a 2014, com os seguintes termos: PROPET-saúde, redes de atenção a saúde, saúde pública e rede cegonha.; integração de relatórios realizados a cada atividade relacionada com o projeto proposto pela linha de ação rede cegonha com reflexão sobre atividades realizadas; envolveram-se na realização desse artigo: acadêmicos bolsistas, coordenadores e preceptores; e desenvolveu-se uma análise crítica e reflexiva entre as teorias e experiências práticas.

## **DESENVOLVIMENTO**

Durante o ano de 2013 foram realizados encontros do grupo PROPET-saúde na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) entre tutor e preceptores; tutor, preceptores e alunos (semanais); coordenação e tutores; coordenação, tutores, preceptores e alunos; encontros PROPET Saúde (quinzenais); coordenação, tutores e preceptores (mensais).

Nos encontros semanais da linha de cuidados Rede Cegonha, os acadêmicos leram capítulos do livro Redes de Atenção à Saúde de Eugênio Vilaça Mendes, realizadas atividades propostas para os acadêmicos, as quais foram posteriormente consideradas pelos tutores com discussão reflexiva; desenvolveu-se um artigo de revisão não sistemática cujo título: “As Redes de Atenção à Saúde e a Rede Cegonha: Uma Revisão”, além do projeto intitulado: Rede cegonha: Diagnóstico da Atenção ao Pré-natal e ao Puerpério no Município de Criciúma e Reorganização na Lógica da Rede Cegonha.

Como objetivo do projeto as gestantes/puérperas foram caracterizadas pelos acadêmicos a partir dos instrumentos de coleta de dados já existentes no serviço, como por exemplo: ficha do SISPRENATAL, declaração de nascidos vivos, ficha de visita puerperal, ficha A (SIAB), cartão da gestante, prontuário dentre outros instrumentos disponíveis na Unidade Básica de Saúde (UBS) /Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foi preenchido um roteiro de entrevista semi-estruturada aos enfermeiros (as) das Unidades de Saúde/Estratégia de Saúde da Família pré-selecionadas por visitas dos acadêmicos.

Foi realizado um encontrão (reunião entre todos os grupos PROPET-saúde) sob responsabilidade da linha de cuidados Rede Cegonha, nas dependências da UNESCO, com a temática: 'Fortalecimento da saúde da mulher na Rede de Atenção a Saúde com a perspectiva da Rede Cegonha'.

O encontro teve como facilitadora a condutora do grupo da Rede Cegonha no estado de Santa Catarina. A mesma informou aos presentes que o estado está dividido em 16 regiões de saúde, é nesse território que se efetivará a implantação da Rede Cegonha. Apresentou as portarias orientadoras da Rede e apresentou um vídeo que faz interlocução com a Rede Cegonha: acolhimento, humanização, empatia. Após a visualização do vídeo, abriu-se o momento de perguntas e foram feitas as considerações finais sobre a temática.

Mais de 100 pessoas, entre alunos, professores, residentes e integrantes de toda a região carbonífera estiveram presentes no evento, uma vez que, o convite para o encontro foi estendido para as coordenações da atenção básica dos 12 municípios da referida região.

No segundo encontrão cujo tema foi 'O SUS que dá certo', apresentou-se um vídeo intitulado Rede Cegonha - Experiências do SUS que dá certo - Hospital de Referência Sofia Feldman - Belo Horizonte – MG, que ilustra a realidade vivenciada nesta instituição.

O Hospital Sofia Feldman, 2013 assiste a uma população superior a 400 mil pessoas dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste, em Belo Horizonte. Possui 150 leitos: 60 obstétricos, 41 em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTI, 36 em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais – UCI, e 13 de outras clínicas. São realizados cerca de 800 partos ao mês.

Possui como missão: "Desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e da criança, em nível ambulatorial e hospitalar com qualidade, resolutividade, acolhimento e vínculo de forma universal visando impactar nos indicadores de saúde deste grupo" (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2013).

O Vídeo apresentado demonstrou a integralidade do serviço, a satisfação das gestantes e puérperas atendidas, bem como, a eficiência no processo de trabalho da direção do Hospital e de outros profissionais como: assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos da instituição.

Nesse encontro, compareceram a coordenadora da Atenção Básica do Estado e membros do grupo condutor da Rede Cegonha na Região Carbonífera. A palestrante, responsável pela área técnica, dissertou sobre a atual situação da implantação da Rede Cegonha no Estado de Santa Catarina e respondeu questionamentos dos presentes sobre esse assunto.

Em parceria com o projeto de extensão intitulado Saúde Sexual e Reprodutiva na Perspectiva da Rede Cegonha realizou-se sensibilização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atuantes nas áreas previstas no projeto com o objetivo de promover a captação precoce das gestantes (primeiro trimestre). A sensibilização ocorreu em duas etapas com problematização, discussões e atividades dinâmicas. Durante a sensibilização, acadêmicos e tutores procuraram instrumentalizar as ACS para busca ativa de mulheres em atraso menstrual com encaminhamento adequado das mesmas para a rede de atenção à saúde, além de sensibilizar as ACS quanto à gestação de risco e o reconhecimento da importância do acompanhamento da criança até os dois anos de idade.

No dia mundial de combate à gravidez na adolescência, vinte e seis de agosto de dois mil e treze, houve participação ativa do grupo com a população da UNESC, apresentando informações sobre prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e gravidez na adolescência, além de orientações com folders e Banners informativos. Nesse dia propôs-se a divulgação do tema entre a população universitária que transita pelo local, no sentido de, sensibilizar para a importância de prevenção da gestação na adolescência e de proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis. Estima-se ter contemplado com as atividades aproximadamente 500 pessoas.

Além disso, foram apresentados banners com informações sobre o número de gestantes adolescentes no Brasil, índices de mortalidade materna e infantil e as consequências de gestar durante a adolescência, bem como, formas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Houve a participação do grupo no evento intitulado Mamaço, que consiste em promover a maternidade consciente e a amamentação materna com livre demanda, em um bairro da cidade dentre as atividades realizou-se palestra orientadora às mães sobre os benefícios do aleitamento materno exclusivo e a livre demanda.

O grupo realizou atividade de educação em saúde sobre 'sexualidade na adolescência' para escolas municipais dos bairros participantes do projeto. Nas escolas diagnosticaram-se as necessidades incentivando os adolescentes a explicitarem suas dúvidas registrando perguntas e as depositando em caixa do tipo urna, as quais foram discutidas no momento da roda de conversa. Realizou-se dinâmica para abordar o assunto: HIV com imagens ilustrativas, questionamentos e reflexões a cerca do tema.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da teoria adquirida e dos atos efetuados pela linha de ação Rede Cegonha, é possível concluir que há participação efetiva e interdisciplinar entre acadêmicos, tutores, coordenadores e a sociedade quando envolvidos nesta modalidade de projeto.

É imprescindível que sejam formados profissionais conhecedores de diversas maneiras de interagir com os diferentes grupos da comunidade. A saúde pública brasileira carece desta interação para ser mais humanizada, crítica e resolutiva. As atividades realizadas obtiveram sucesso pela relação entre os participantes do PROPET-saúde, a universidade e a comunidade a partir de buscas ativas para promover saúde.

É fundamental que a formação envolva vivências na comunidade e seus serviços de saúde, com contato direto entre ensino e sociedade conferindo ao futuro profissional competência para trabalhar nas equipes multiprofissionais que são propostas pelo SUS. Esse fato corrobora em um dos objetivos principais do programa PROPET-saúde, que é alterar o foco dos futuros profissionais de saúde, fazendo-os trabalhar com qualidade e inteligência.

Articular ensino e trabalho foi uma vivência de êxito já que possibilitou maior interação entre tutores, coordenadores e alunos, com suas teorias e vivências para construção de conhecimento crítico e realista. O programa PROPET-saúde também procura qualificar os profissionais que se encontram no mercado de trabalho, o que foi buscado pela linha de ação Rede Cegonha, com a capacitação e sensibilização das Agentes Comunitárias de Saúde.

As publicações desenvolvidas a partir desse programa são de suma importância já que ele colaborou para melhor dinâmica de atendimento na rede

pública, maior entrosamento entre profissionais e estudantes da área da saúde, além de servir como exemplo para novas atuações e estratégias dentro da atenção básica.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n 8080 de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília (DF): Guia do Conselheiro; 2002.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. *A Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*. Organização Panamericana de Saúde. Brasília, OPAS 2011. p.5

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção a Saúde*. 2. Ed. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde 2011, p.28-29.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - A Rede Cegonha. Nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008*. Disponível em:  
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariainterm1802260808.pdf>>  
Acessado em: 17 de fev. de 2014

PORTARIA Interministerial nº. 421, de 03 de março de 2010. *Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências*. Diário Oficial [da] União. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/interministerial/103143-421.html>> Acessado em 18 fev. 2014

CAMPOS et al. *O programa Nacional de reorientação da formação profissional em saúde: Pró-Saúde*. In Pierantoni, C.R.; Viana, A. L. D. (Organizadoras). Educação e Saúde. São Paulo: Hucitec, 2009. p.239

HADDAD, A. E. et al. *Programa de educação pelo trabalho para a saúde: PET-Saúde*. CadernosABEn, Rio de Janeiro, v. 5, out. 2009.

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE. *Pet Saúde*. Disponível em:<<http://www.unesc.net/portal/capa/index/223/457/0/componente/projetoseacoes/verProjeto/83>>Acesso em: 16 fev. 2014

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. *O Hospital*. Disponível em:<<http://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/>>Acessoem:16 fev. 2014

RIBEIRO ERO, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AAM. *Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do sudeste do Brasil*. Rev Saúde Pública. 2000;34. p.136-142.



## **APONTAMENTOS TEÓRICOS SOBRE O TRABALHO INFANTIL NO BRASIL E SEUS REFLEXOS PARA A SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**Juliana Paganini**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico (PPGDS/UNESC). Bacharel em Direito pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Estado, Política em Direito (NUPED/UNESC). Bolsista da CAPES. Email: julianaapaganini@hotmail.com

**Ismael Francisco de Souza**

Doutorando em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul -UNISC  
Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Graduado em Direito pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Professor de Direito da Criança e do Adolescente da e Sociologia do Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC);  
Pesquisador do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC)  
Email: ismael@unesc.net

### **RESUMO**

No Brasil existem diversos aparatos jurídicos de proteção aos direitos da criança e do adolescente. Seguindo esse raciocínio, a Constituição da República Federativa do Brasil estabeleceu o limite de idade mínima para o trabalho em dezesseis anos, ressaltando a possibilidade de aprendizagem a partir dos quatorze. Entretanto, meninas e meninos são conduzidos cotidianamente ao trabalho em decorrência de fatores históricos estabelecidos por práticas jurídicas, sociais e culturais que contribuíram para a manutenção da sua condição de exploração, sendo desrespeitado seu processo de desenvolvimento. Dessa maneira, tem-se por objetivo compreender e analisar os danos que a realização do trabalho infantil pode trazer para a saúde da criança e do adolescente no Brasil. Para se chegar a essa constatação, se percorreu pelo estudo do trabalho infantil no âmbito jurídico, perpassando por sua dimensão socioeconômica e pelos inúmeros fatores que contribuíram para a danificação da saúde das crianças e dos adolescentes. O método de abordagem é o dedutivo e o método de procedimento monográfico. O levantamento bibliográfico tem por base as obras pesquisadas nas bibliotecas da UNESC e UFSC.

**Palavras-chave:** Reflexos. Saúde. Trabalho infantil.

### **ABSTRACT**

In Brazil there are many legal changes to protect the rights of children and adolescents. Following this reasoning the Constitution of the Federative Republic of Brazil established the minimum age limit to work in sixteen years, with the option of learning from fourteen. However, girls and boys are driven daily to work due to historical factors established by legal, social and cultural practices that contributed to the maintenance of its operating condition, being disrespected their development process. Thus, it has been aimed at understanding and analyzing the damage that the realization of child labor can bring to the health of children and adolescents in Brazil. To reach this conclusion, if you come by the study of child labor in the legal framework, passing by their socioeconomic dimension and the numerous factors that contributed to the damage to the health of children and adolescents. The method of approach is the deductive method and monographic procedure. The literature survey is based on the works of UNESC searches for libraries and UFSC.

**Keywords:** Reflection. Health. Child labor.

## INTRODUÇÃO

A reflexão teórica propõe um diálogo sobre o trabalho infantil e suas consequências para a criança e para o adolescente, em especial no que diz respeito à saúde, tanto física quanto psicológica.

Isso porque o trabalho infantil é proibido no Brasil, conforme artigo 7º, XXXIII da Constituição da República Federativa do Brasil e artigo 60 do Estatuto da Criança e do Adolescente, ou seja, todos esses dispositivos estabelecem que é proibido o trabalho a menores de 16 anos, salvo, na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos de idade.

Além disso, o Brasil ratificou duas Convenções da Organização Internacional do Trabalho, que foram um marco na defesa dos direitos da criança e do adolescente, sendo elas a Convenção 182, que define a lista das piores formas de trabalho infantil e a 138, onde determina o limite de idade mínima para o trabalho em 16 anos, sendo que cada país membro deve comprometer-se a elevar essa idade progressivamente, adequando-a de acordo com o pleno desenvolvimento físico e mental do adolescente.

Entretanto, apesar desses instrumentos de proteção à criança e ao adolescente, é preciso reconhecer que o fenômeno do trabalho infantil ainda encontra-se presente na sociedade, e é constituído por diversos fatores, resultando em consequências devastadoras, em especial para a saúde de meninas e meninos.

Assim, a presente reflexão teórica se desenvolverá tendo como fundo exatamente tal problematização, qual seja, se existe no Brasil, um aparato jurídico de proteção a criança e ao adolescente em decorrência da condição peculiar de pessoas em desenvolvimento, porque há a inserção destes no mercado de trabalho tão cedo?

Para a reflexão desta questão, o artigo foi estruturado em três partes, sendo que a primeira aborda a percepção do trabalho infantil numa perspectiva jurídica, onde o direito prevê um conjunto de ações articuladas e integradas para a proteção e garantia dos direitos de meninas e meninos, incluindo normas de proteção contra a exploração do trabalho infantil.

O segundo item trata do trabalho infantil numa dimensão socioeconômica, sendo que no decorrer do texto se destacará os elementos culturais, sociais e econômicos dessa violação de direitos.

Por fim, analisa as consequências que o trabalho infantil pode trazer para a saúde da criança e do adolescente, desmistificando o discurso de que “o trabalho não faz mal a ninguém”.

## DESENVOLVIMENTO

### O trabalho infantil no âmbito jurídico

O trabalho em sua definição etimológica, expressa a crueldade e o sofrimento, diferentemente do que se acredita e propaga na sociedade contemporânea, pois para que se possa conduzir grande parte da população brasileira ao trabalho, faz-se necessário ocultar de forma imediata seu significado opressor.

Segundo Barretto (2006), o termo trabalho,

[...] vem do latim *tripalium*, uma armação de três estacas utilizada nas fazendas para ajudar nos partos e na ferragem dos animais [...] Pode-se, então, dizer, que, em sua forma mais antiga, o trabalho designa as duras penas e a miséria da vida. É bem mais tarde que a ideia de canalização de esforços para a superação das dificuldades passará a designar o conteúdo da palavra, evidenciando uma transformação de sentido que emprestará ao trabalho uma utilidade, que irá forjar, por sua vez, o alcance quase anódino que atualmente se empresta ao termo (p. 829).

Assim sendo, o trabalho encontrava-se encharcado de uma concepção ligada a brutalidade, a selvageria, onde no decorrer dos anos, sua designação foi sendo modificada, assumindo um caráter eficiente como forma de atrair e legitimar sua exploração e reproduzir a desigualdade social.

No âmbito do direito da criança e do adolescente, o trabalho infantil pode ser entendido como sendo

[...] aquelas atividades econômicas e/ou atividades de sobrevivência, com ou sem finalidade de lucro, remuneradas ou não, realizadas por crianças ou adolescentes em idade inferior a 16 (dezesesseis) anos, ressalvada a condição de aprendiz<sup>1</sup> a partir dos 14 (quatorze) anos, independentemente da sua condição ocupacional (PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO E

## ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL E PROTEÇÃO AO TRABALHADOR ADOLESCENTE, 2014).

Eis, portanto, o que caracteriza o trabalho infantil, ou seja, toda atividade realizada por pessoas com idade inferior a 16 (dezesseis) anos, seja ela com finalidade lucrativa ou não, independentemente do trabalho, ou condição em que este é praticado.

A Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil considera trabalho infantil, todas as atividades realizadas por crianças ou adolescentes que contribuem para a produção de bens ou serviços, incluindo atividades remuneradas, trabalho familiar e tarefas domésticas exclusivas, realizadas no próprio domicílio (OIT, 2014, p. 17).

Assim, não existe uma única definição de trabalho infantil. A maioria dos estudos considera o trabalho de crianças por uma hora ou mais na semana. Entretanto, em pesquisas mais específicas são utilizadas informações sobre o trabalho infantil, e considera-se a realização de tal atividade, as que estão trabalhando e procurando emprego (KASSOUF, 2014).

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, estabeleceu a proteção aos direitos fundamentais da criança e do adolescente em seu artigo 227, e ainda a proteção contra a exploração do trabalho infantil no artigo 7º, XXXIII que determina os limites de idade mínima para o trabalho.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 disciplina as normas de proteção contra a exploração do trabalho infantil entre os artigos 60 a 69 possibilitando a definição precisa do conceito de trabalho infantil a partir dos limites de idade mínima para o trabalho (BRASIL, 1990).

Desse modo, tanto a Constituição da República Federativa do Brasil, quanto o Estatuto da Criança e do Adolescente, pretendiam inaugurar uma nova prática em relação aos direitos de meninas e meninos, entretanto, a legislação por si só é ineficaz se não estiver legitimada socialmente (PASSETI, 1999, p. 371).

Além disso, as normas de direito internacional do trabalho estabelecem requisitos mais detalhados para a proteção contra a exploração do trabalho infantil. Deste modo, a Convenção n. 138 da Organização Internacional do Trabalho, ratificada pelo Brasil em 15 de fevereiro de 2002, estabelece que o país deve adotar um limite de idade mínima básico para o trabalho ou em qualquer caso adotar a idade de 15 anos. O Brasil neste caso adotou uma condição superior ao adotar a idade mínima

para o trabalho em 16 anos de acordo com o seu ordenamento jurídico interno. Ainda assim, a referida convenção obriga os países a adotar uma política nacional de combate ao trabalho infantil, que no Brasil se dá através do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, compreendido como um programa do Estado brasileiro com ações intersetoriais específicas em cada uma das áreas de políticas públicas básicas.

Tal convenção n. 138 da Organização Internacional do Trabalho vem acompanhada da Recomendação n. 146, que por sua característica jurídica não implica na obrigação do país em cumprir seus procedimentos, mas indica e sugere estratégias para que os parâmetros propostos pela convenção sejam devidamente implantados.

Além da proteção geral contra toda forma de exploração do trabalho infantil, a Organização Internacional do Trabalho previu medidas especiais para o enfrentamento daquelas consideradas como piores formas de trabalho infantil mediante a Convenção n. 182, ratificada pelo Brasil em 12 de setembro de 2000. Esta convenção internacional tem caráter complementar em relação à Convenção n. 138 e estabelece medidas que os países devem tomar de modo urgente e imediato para assegurar a proibição e eliminação das piores formas de trabalho infantil.

Para que as ações sejam efetivas, a Organização Internacional do Trabalho editou a Recomendação n. 190, que prevê ações específicas para o enfrentamento do trabalho perigoso e medidas de aplicação da Convenção n. 182, tais como a integração e sistematização de dados sobre trabalho infantil e ações correspondentes das políticas públicas, bem como, estabelecer mecanismos nacionais apropriados para monitorar a aplicação das normas jurídicas nacionais sobre a proibição e a eliminação das piores formas de trabalho infantil.

Portanto, a incorporação de tais instrumentos de proteção contra a exploração do trabalho infantil, pode oferecer mudanças importantes no Brasil, produzindo uma nova cultura de eliminação do trabalho precoce e, consequentemente de proteção aos direitos fundamentais. Entretanto, faz-se necessário antes de mais nada, o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos, bem como o respeito ao seu desenvolvimento.

### **O aspecto socioeconômico do trabalho infantil no Brasil**

A perspectiva socioeconômica do trabalho infantil no Brasil objetiva

compreender tal violação de direitos à partir de três aspectos, sendo eles o cultural, social e econômico.

Sendo assim, os aspectos culturais representam limites concretos para a erradicação do trabalho infantil e estão dispostos em forma de mitos culturais reproduzidos por gerações, e ainda reforçados por práticas jurídicas e políticas ao longo da história brasileira.

Esses mitos culturais são variados, e acabam legitimando o trabalho infantil através de obstáculos para sua erradicação no Brasil. Dentre tais discursos, tem-se que “é melhor trabalhar do que roubar”, “o trabalho da criança ajuda a família”, “é melhor trabalhar do que ficar nas ruas”, “lugar de criança é na escola”, “trabalhar desde cedo acumula experiência para trabalhos futuros”, “é melhor trabalhar do que usar drogas”, “trabalhar não faz mal a ninguém” (CUSTÓDIO; VERONESE, 2009, p. 82).

Denominam-se mitos, devido a comprovação de que na verdade não condizem com a realidade brasileira, e conseqüentemente caem em profundas contradições no próprio cotidiano das pessoas.

No que tange ao primeiro mito, o certo é que a ausência de trabalho não é condição absoluta para a prática do roubo. Ora, se assim o fosse, os filhos das elites estariam trabalhando ou

[...] será que estão roubando? É claro que estão cuidando de suas melhores condições de desenvolvimento. É óbvio que o trabalho nunca evitou e nem evita a criminalidade, pois esta é construída pelo sistema de controle penal ao gosto dos interesses capitalistas [...] (CUSTÓDIO; VERONESE, 2009, p. 86).

Pois bem, seguindo nessa esteira de mitos, o trabalho da criança não ajuda nem nunca ajudou a família, já que viola o próprio desenvolvimento, retira as chances dessa menina e menino de permanecerem na escola, de possuírem uma boa profissão, enfim, retira o direito de ser criança.

Ademais, é de responsabilidade dos adultos oferecer subsídios para manter sua família, e caso este não consiga, tal responsabilidade é transferida ao poder público que deve atuar de forma ativa, caso contrário acarretar-se-á sérias consequências a essa família, como o abandono, porém, “não se trata de crianças e adolescentes abandonados por seus pais, mas de famílias e populações abandonadas pelas políticas públicas e pela sociedade” (BECKER, 2002, p. 63).

Desse modo, o Estado assume a posição de se abster de suas

responsabilidades, transferindo-as a família, que por sua vez transfere tal encargo a criança ou adolescente, onde acabam assumindo compromissos que não condizem com seu desenvolvimento.

É preciso ainda, antes de mais nada, romper-se com as ideias retrógradas higienistas do século XIX, ao se afirmar que “é melhor trabalhar do que ficar nas ruas”. Ora, esse discurso tem origem na proclamação da República em 1889, onde em decorrência da abolição da escravidão, meninas e meninos circulavam pelas ruas na total miséria, “perturbando” a burguesia da cidade, sendo necessário a intervenção do Estado na “limpeza” dessa epidemia (RIZZINI, 2000, p. 379).

“Lugar de criança é na escola”, trata-se de outro mito muito empregado na sociedade contemporânea. Obviamente que a escola pode representar um espaço em que a criança possa se desenvolver, entretanto, tem-se que ter o cuidado de não se atribuir a escola, o caráter salvacionista, considerando que a educação é tudo, já que esta trata-se tão somente de uma parte importante para o processo de desenvolvimento da criança e do adolescente (CUSTÓDIO, VERONESE, 2009, p. 93).

Sob o reflexo de uma sociedade burguesa, a propagação do discurso de que “trabalhar desde cedo, acumula experiência para o futuro”, não é totalmente inverídica, pois as crianças e os adolescentes adquirirão tão somente a experiência de exploração, opressão, miséria e humilhação.

É impressionante a “preocupação” da sociedade com o aspecto de que “é melhor trabalhar do que usar drogas”. O incrível é que esta acaba esquecendo, ou fingindo não ver que a maior parte de crianças e adolescentes trabalham em atividades perigosas e insalubres e muitas vezes até mesmo em permanente contato com substâncias químicas (CUSTÓDIO; VERONESE, 2009, p. 94).

Na medida em que “trabalhar não faz mal a ninguém”, porque as meninas e meninos das elites não estão trabalhando? É surpreendente o modo pelo qual o capitalismo manipula as pessoas e faz com que o trabalho precoce seja visto como algo dignificante, onde tal assertiva é abordada com orgulho pelos adultos que tiveram suas brincadeiras substituídas por horários rígidos, muitas responsabilidades para a idade e exploração da própria cidadania.

Neste sentido, Silva assinala que

O trabalho é *tolerado* por uma parcela significativa da sociedade, pelos mitos que ele enseja: é ‘formativo’, é ‘melhor a criança trabalhar que fazer nada’, ele ‘prepara a criança para o futuro’. Fatores como a estrutura do mercado de trabalho, na qual o que se busca é o lucro desenfreado, mesmo às custas da

exploração dessa mão-de-obra dócil e frágil, a pouca densidade da educação escolar obrigatória de qualidade ofertada pelos poderes públicos, além da inexistência de uma rede de políticas públicas sociais fundamentais ao desenvolvimento da infância, são algumas outras razões apontadas como incentivo à família para a incorporação de seus filhos nas estratégias de trabalho e/ou sobrevivência (SILVA, 2001).

A disseminação desses discursos justificadores diante da proibição do trabalho infantil é algo recorrente, principalmente com a presença de crianças e de adolescentes no mercado de trabalho como situação culturalmente, socialmente e historicamente aceita. Diante deste fato, a conscientização da sociedade a respeito do entendimento do trabalho infantil como algo prejudicial ao desenvolvimento físico, psíquico e emocional de crianças e adolescentes, ou ainda, a sua compreensão de que a utilização de mão-de-obra infantil representa uma violação de direitos humanos, torna-se algo desafiador, mesmo que diante de um novo momento legislativo referente à proteção de crianças e adolescentes.

Diante da cultura de concordância com o uso do trabalho infantil, reforça-se o ciclo intergeracional de pobreza e negando-se oportunidades para que crianças e adolescentes superem a condição de seus pais, perpetuando assim, uma realidade já vivenciada de ausência de perspectivas e negando-se a proteção integral determinada constitucionalmente (CUSTÓDIO, VERONESE, 2006).

Limitando-se à história brasileira, o trabalho infantil sempre foi realidade para as crianças de famílias pobres, vítimas da desigualdade social, da concentração de renda nas mãos de uma pequena elite e da negativa de direitos humanos e sociais básicos para a maioria da população, ocorrida e agravada durante o século XX.

Cabe salientar que o enfrentamento ao trabalho infantil deve constituir-se como política prioritária de Estado, pois além das consequências nefastas às crianças e aos adolescentes, apresenta riscos à própria democracia, tendo em vista que a inserção precoce das mesmas ao trabalho dificulta o acesso à informação necessária para o exercício pleno de direitos.

O argumento sobre a pobreza como o principal motivo que leva a família a se utilizar da mão-de-obra infantil, dentre as estratégias por ela utilizadas para enfrentar sua situação socioeconômica, a estrutura do mercado de trabalho, também é considerada na ordem dos fatores em combinação com a pobreza, pois oferece condições para a incorporação da mão-de-obra infantil. O trabalho infantil, portanto, está inserido em uma questão maior, a exploração da força de trabalho de um modo



geral, que caracteriza as relações de trabalho no Brasil, tanto no campo, como na cidade (VIEIRA, 2009, p. 20).

Esta realidade é intrínseca à precarização das relações de trabalho agravada pelo processo da globalização. A globalização, neste sentido, seria fator determinante e, seus efeitos, são sentidos no trabalho informal e no trabalho infantil, principalmente naqueles países subdesenvolvidos, os quais possuem grande massa de trabalhadores fora da cadeia produtiva, sem proteção e, nos quais há a necessidade de envolvimento de toda a família na busca de meios de sobrevivência. Há que se considerar também que as conseqüências da globalização estão relacionadas à estruturação da sociedade e, quanto maior for a desigualdade na distribuição de renda, pior serão os malefícios. Estes portanto, são os elementos constitutivos da dimensão socioeconômica que, necessário para compreensão da dinâmica do trabalho infantil no país.

### **Os reflexos do trabalho infantil para a saúde da criança e do adolescente**

O trabalho infantil acarreta conseqüências profundas na vida das crianças e adolescentes, porém a percepção dos reflexos dessa prática são a longo prazo, o que dificulta a compreensão das pessoas frente a esse problema.

Além dos abalos causados a saúde da criança e do adolescente, tema no qual se tratará mais adiante, o labor realizado antes dos limites de idade mínima permitido afeta também a educação adequada, já que a escola quando existe, é formal e ineficaz, acarretando com isso a percepção da criança e do adolescente de que a escola não contribuirá em nada para seu futuro, incentivando os pais a introduzi-los no trabalho em busca de algo mais “confiável” economicamente (GRUNSPUN, 2000, p. 22).

Logo, meninos e meninas na maioria das vezes não frequentam a escola, e quando frequentam estão cansados devido o trabalho e acabam não conseguindo se concentrar, dificultando o aprendizado. Assim, crianças e adolescentes

[...] que passam anos dentro da escola e que mal conseguem escrever o próprio nome são comuns em todo país, só restando a eles uma vida de miséria, dependente do trabalho desqualificado e explorador. Fome e aproveitamento escolar são incompatíveis. A criança que precisa trabalhar para comer, deixa a escola ou não consegue aprender (RIZZINI, 2000, p. 404).

A própria proposta da série Educação e Trabalho Infantil apresentada no programa Salto para o Futuro da TV Escola, em novembro de 2008, aduziu as consequências negativas do trabalho infantil para a criança e adolescente no que se refere a sua vida escolar, sendo elas a baixa frequência, baixo desempenho, distorção idade-série, evasão e repetência escolar (SALTO PARA O FUTURO: EDUCAÇÃO E TRABALHO INFANTIL, 2014, p. 08).

É inegável os prejuízos acarretados em decorrência do trabalho explorado precocemente, entretanto, a fonte que mais reproduz tal prática encontra-se na total ausência de educação, e quando se fala em educação, quer se mencionar aquela de qualidade, sensível e correspondente a realidade social, para que a criança e o adolescente não sejam vencidos pelo rompimento de uma etapa de sua vida.

Dessa maneira, além de tudo isso, “o currículo escolar é inadequado ao universo real das crianças, pois o conteúdo proposto está completamente alheio ao seu mundo, fazendo com que se sintam deslocados e incompetentes” (ARAÚJO; DABAT; DOURADO, 2000, p. 415).

Portanto, existe a necessidade das pessoas que fazem parte da escola compreenderem que esta deve caminhar e se transformar conforme as mudanças da sociedade, e além de tudo, tal instituição deve visualizar na criança e no adolescente o anseio pela descoberta, pelo saber, para que meninas e meninos sintam a importância do não rompimento do desenvolvimento.

Outra consequência devastadora do trabalho infantil diz respeito a saúde, já que crianças e adolescentes ingressam na atividade em idade muito precoce, em torno de 4 a 5 anos de idade, com jornada abusiva (muitas horas seguidas) e remuneração muito baixa ou inexistente, em condições de risco elevado e sob situações de semi-escravidão (VEIGA, 1998, p. 34).

Evidentemente que meninas e meninos assumindo o lugar do adulto, acabam reproduzindo mais uma vez a pobreza, pois os salários a eles destinados são muito inferiores àqueles que seus pais viriam a receber se estivessem trabalhando.

Além disso, resta registrar as condições em que o trabalho infantil é realizado. Há frequentes acidentes de trabalho e doenças que direta ou indiretamente afetam e podem provocar sequelas irreversíveis na vida de crianças e adolescentes.

Isso comprova que o trabalho realizado precocemente prejudica o desenvolvimento das potencialidades da criança, seja afetando sua saúde física e

psicológica, seja tomando dela tempo e recursos que poderiam ser melhores dedicados à acumulação do seu capital humano (SOUZA; FERNANDES, 2014, p. 01).

Na medida em que crianças e adolescentes realizam o trabalho antes da idade mínima permitida, notadamente o tempo que lhes seria reservado para brincadeiras, estudos, é usurpado por responsabilidades, afazeres, preocupações, enfim, é substituído pela vida de adulto.

Logo, os piores males recaem sobre as crianças e adolescentes, pois na sua maioria, antes de atingirem a idade escolar,

[...] eles desfrutam quantidades ínfimas de sol e ar, e sua alimentação é provida por mães pobres, ignorantes e atarefadas, sem condições de preparar refeições diferenciadas para os adultos e as crianças [...] não têm liberdade, espaço, nem ambientes onde suas atividades naturais sejam inofensivas. Essa combinação de circunstâncias tende a torná-los instáveis, neuróticos e ensimesmados (RUSSELL, 2002, p. 52).

Isso explica algumas atitudes presentes na sociedade brasileira, onde crianças e adolescentes trabalhadores acabam deixando em segundo plano a saúde, o lazer, a boa alimentação, e o convívio familiar, para preocupar-se tão somente com as responsabilidades de adulto que a eles foi destinada.

Assim sendo, a prática do trabalho infantil além de afastar meninas e meninos da escola, impede ainda o convívio familiar e afeta sua saúde física e mental (CORRÊA; VIDOTTI; OLIVEIRA, 2005, p. 174).

Levando-se em consideração que tanto a criança quanto o adolescente, encontram-se em fase peculiar, de pessoa em desenvolvimento, todos os abalos nocivos acarretados no ambiente de trabalho repercutem sobre eles em dobro, causando sérias consequências psicológicas e abalos para sua saúde, que na maioria das vezes irão se manifestar na idade adulta.

Na maioria das vezes, tais prejuízos, somente são percebidos após algum tempo, entretanto, a infância que deveria ter sido ocupada por brincadeiras, leituras, passeios, não volta mais, e é exatamente aí o ponto mais fraco do ser humano, isto é, perceber que parte de sua vida, não foi vivida de maneira plena, mas apenas em partes.

Por isso, a importância de salientar que os indivíduos que trabalharam na infância, apresentam mais problemas de saúde após cinco anos em relação àqueles que não trabalharam, ou seja, o trabalho infantil é danoso para a saúde da criança a longo prazo (NICOLELLA; KASSOUF; BARROS, 2014, p. 676).

O trabalho realizado precocemente, não traz nenhuma contribuição para a criança ou adolescente, pois pelo contrário, enquanto estes trabalham, seus estudos decaem, sua saúde é aniquilada, formando assim um círculo vicioso, onde a pobreza e a miséria aumentam a cada dia.

Dessa forma, ao se discursar pela manutenção do trabalho infantil, consequentemente, está se defendendo o desrespeito em relação à criança e ao adolescente, a sua condição de ser humano, de sujeito de direitos, enfim, está se apoiando e reproduzindo as ideias retrógradadas da Doutrina da Situação Irregular, onde a criança e o adolescente não eram considerados pessoas, mas tidos como inferiores perante a sociedade (CUSTÓDIO, 2009, p.11).

Portanto, o trabalho infantil pode trazer muitas consequências para a criança e para o adolescente, sendo destacados em especial os prejuízos e abalos para sua saúde, assim sendo, para que haja o combate a tais violações, se faz necessário maior envolvimento das instituições públicas e das organizações da sociedade civil, bem como, uma participação mais ativa da comunidade na proposição de alternativas que produzam maior eficácia e eficiência nas políticas públicas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Constituição da República Federativa do Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como as Convenções 138 e 182 da Organização Internacional do Trabalho, trouxeram a oportunidade do reconhecimento da criança e do adolescente como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, como também estabeleceram os limites de idade mínima para o trabalho em 16 anos, salvo na condição de aprendiz a partir dos 14 anos.

Esse ingresso precoce da criança e do adolescente para o trabalho perpassa o desafio de se compreender tal violação de direitos a partir de uma análise cultural, social e econômica, por ora apresentadas.

A ruptura dos fundamentos da cultura do trabalho perpassa pela desconstrução da mitificação historicamente mantida pelos valores culturais. Também não se pode deixar de registrar as desigualdades sociais como perpetuadora das condições de pobreza contribuindo para a manutenção do trabalho de crianças e adolescentes.

Nesse contexto, o trabalho precoce acarreta consequências profundas na vida das crianças e adolescentes, porém a percepção dos reflexos dessa prática são a longo prazo, o que dificulta a compreensão das pessoas frente a esse problema.

Para que essa realidade seja transformada faz-se necessário que haja um trabalho conjunto entre a União, Estado, Município, Distrito Federal, com a participação de toda sociedade, na fiscalização, execução e controle das políticas públicas direcionadas a erradicação do trabalho infantil no Brasil.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO Teresa Corrêa de, DABAT Christine, DOURADO Ana, Crianças e adolescentes nos canaviais de Pernambuco, In PRIORE, Mary Del (Org). **História das Crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2000.

BARRETTO, Vicente de Paulo. **Dicionário de filosofia do direito**. São Leopoldo, RS: Ed. UNISINOS; Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

BECKER, Maria Josefina. A ruptura dos vínculos: quando a tragédia acontece. In: KALOUSTIAN, Silvio Manoug (Org.). **Família brasileira a base de tudo**. São Paulo: Cortez, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em 06 abril. 2014.

\_\_\_\_\_. **Convenção nº 138**. Sobre idade mínima para admissão ao emprego. Preâmbulo. Brasília: OIT, 2001.

\_\_\_\_\_. **Recomendação nº 146**. Sobre Idade Mínima para Admissão a Emprego. Brasília: OIT, 1976.

\_\_\_\_\_. **Convenção nº 182**. Sobre piores formas de trabalho infantil e ações imediatas para sua eliminação. Brasília: OIT, 1999.

\_\_\_\_\_. **Recomendação nº 190**. Sobre Proibição das Piores Formas de Trabalho Infantil e Ação imediata para sua Eliminação. Brasília: OIT, 1999-A.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 de jul. 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 10.097, de 19 de dezembro de 2000**. Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943. Diário Oficial [da] União, Poder Legislativo, Brasília, DF, dez, 2000. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L10097.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10097.htm). Acesso em 06 abril. 2014.

CORRÊA, Lelio Bentes; VIDOTTI, Tarcio José; OLIVEIRA, Oris de. **Trabalho infantil e direitos humanos**. São Paulo: LTR, 2005.

CUSTÓDIO, André Viana. VERONESE, Josiane Rose Petry. **Trabalho Infantil: a negação do ser criança e adolescente no Brasil**. Florianópolis: OAB, 2006.

\_\_\_\_\_, André Viana. **Direito da criança e do adolescente**. Criciúma: UNESC, 2009.

\_\_\_\_\_, André Viana; VERONESE, Josiane Rose Petry. **Crianças Esquecidas: o trabalho infantil doméstico no Brasil**. Curitiba: Multidéia, 2009.

GRUNSPUN, Haim. **O trabalho das crianças e dos adolescentes**. São Paulo: Editora LTR, 2000.

KASSOUF, Ana Lúcia. **O que conhecemos sobre o trabalho infantil?** Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-63512007000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-63512007000200005). Acesso em 06 abril. 2014.

NICOLELLA, Alexandre Chibebe; KASSOUF, Ana Lúcia ; BARROS, Alexandre Lahóz Mendonça de, **O impacto do trabalho infantil no setor agrícola sobre a saúde**, disponível em <http://www.scientificcircle.com/pt/15439/impacto-trabalho-infantil-setor-agricola-sobre-saude/>. Acesso em 06 abril. 2014.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Boas práticas do setor saúde para a erradicação do trabalho infantil / Organização Internacional do Trabalho**. Disponível em [http://www.oitbrasil.org.br/info/publ\\_result.php](http://www.oitbrasil.org.br/info/publ_result.php). Acesso em 06 abril. 2014.

PASSETTI, Edson. Crianças carentes e políticas públicas. In: PRIORE, Mary Del (Org). **História das Crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2000.

**PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO E ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL E PROTEÇÃO AO TRABALHADOR ADOLESCENTE**. Disponível em <http://www.fnpeti.org.br/publicacoes/parceiros/plano-nacional-de-prevencao-e-erradicacao-do-trabalho-infantil-e-protecao-ao-trabalhador-adolescente/>. Acesso em 06 abril. 2014.

RIZZINI, Irma. Pequenos trabalhadores no Brasil. In: PRIORE, Mary Del (Org). **História das Crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2000.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Emílio ou da educação**. 2 ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1973.

RUSSELL, Bertrand. **O elogio ao ócio**. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

**SALTO PARA O FUTUTO: EDUCAÇÃO E TRABALHO INFANTIL**. Disponível em <http://www.tvbrasil.org.br/saltoparaofuturo/boletins.asp?ano=2008>. Acesso em 06 abril. 2014.

SILVA, Maria Izabel da. Trabalho Infantil: um problema de todos. **Cadernos Abong**: Subsídios à IV Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Abong, São Paulo, n. 29, p. 112, nov. 2001.

SOUZA, André Portela; FERNANDES, Reinaldo. **A Redução do Trabalho Infantil e o Aumento da Frequênciaa Escola**: Uma Análise de Decomposição para o Brasil dos Anos 90. Disponível em <http://www.econ.fea.usp.br/seminarios/>. Acesso em 06 abril. 2014.

VEIGA, João Paulo Cândia. **A questão do trabalho infantil**. São Paulo: ABET, 1998.

VIEIRA, Márcia Guedes. **Trabalho infantil no Brasil**: questões culturais e políticas. (Dissertação de Mestrado) Universidade de Brasília. 2009.

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO GRUPO DE GESTANTES EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alexandra Marinho Dias

Msc, docente do Curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí-SC (UNIVALI), e-mail: alexsandradias@univali.br

Simone Beatriz Perdozo Viana

Msc, docente do Curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí-SC (UNIVALI), e-mail: sviana@univali.br

Bruna Brognoli

Acadêmica do 7º período do curso de fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí-SC (UNIVALI). e-mail: bruna.brognoli@gmail.com

Suyane Krüger

Acadêmica do 7º período do curso de fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí-SC (UNIVALI). e-mail: suyane\_kruger@hotmail.com

Silvana Añaña

Acadêmica do 7º período do curso de fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí-SC (UNIVALI). e-mail: dandaraaaa@gmail.com

### RESUMO

**Introdução:** Durante o período gestacional a mulher se revela receptiva às alterações e ao mesmo tempo obter informações pertinentes que possam ser revertidas em benefício da criança. Desta forma, a troca de informações proporciona a mulher diferentes conhecimentos e práticas, auxiliando nas atitudes e escolhas maternas diante do desenvolvimento e nascimento de uma criança saudável. Em diferentes marcos e períodos históricos, a prática de educação em saúde representa uma estratégia comunicativa mobilizando forças e motivando para mudanças comportamentais, de atitude e adaptações a situações da vida (ALVES, 2005). A implementação de grupos de educação em saúde para gestantes é imprescindível assegurando uma abordagem integral e específica à assistência no período gestacional. A mulher consegue vivenciar este período de forma tranquila, prazerosa e consciente, participando ativamente de todas as atividades desenvolvidas.

**Objetivo:** apresentar um relato de experiência de educação em saúde com grupo de gestantes na Unidade Básica de Saúde da Praia Brava, desenvolvido na supervisão de estágio do curso de fisioterapia. **Relato de experiência:** o grupo das gestantes foi criado para melhorar a aproximação entre profissionais da saúde e receptores do cuidado, promovendo a troca de experiências e conhecimento, além de contribuir para o oferecimento de assistência humanizada, apoio durante a gestação e atenção às necessidades básicas. O grupo é conduzido pelas docentes supervisoras de estágio e acadêmicos do curso de Fisioterapia da Universidade do Vale de Itajaí, e os encontros acontecem uma vez na semana, exclusivamente nas segundas-feiras, das 13h30min às 15h30min, com a totalidade de 19 gestantes, sempre precedida ou finalizada com uma dinâmica. Os temas abordados foram: desenvolvimento fetal desde a fecundação, concepção, e todas as semanas da gestação; Alterações fisiológicas na gestação como, alterações hormonais, alterações posturais e físicas; Os tipos de parto, o trabalho de parto, como facilitar o parto, e os direitos da gestante;



Amamentação, importância do aleitamento materno, preparação da mama, indicações e contra-indicações; preparação da mama, indicações e contra-indicações, e as posturas adequadas; Alimentação da gestante e do bebê; Cuidados básicos com o recém-nascido desde o momento que sair da maternidade; Testes e vacinas do bebê. As gestantes permanecem na Unidade durante quase todo o período vespertino, que se inicia pelo registro de peso e pressão arterial, após são encaminhadas para uma sala reservada para acolhê-las, onde participam do grupo temático, cuja dinâmica de trabalho ocorre sob a forma de diálogo. **Discussão:** pode-se observar que o trabalho com o grupo de gestantes atingiu bons resultados, servindo como uma forma de suporte social, melhorando o vínculo entre as gestantes e a equipe da Unidade Básica de Saúde. Durante os encontros, muitas das gestantes demonstraram conhecer algum tipo de crendice popular para o período pré, peri ou pós natal, como por exemplo, o consumo de cerveja preta para aumentar a produção de leite, a influência do formato da barriga no sexo do bebê, sempre que essas situações apareciam, eram tratadas com respeito e naturalidade, apenas explicando às futuras mães o que os estudos e pesquisas relatam sobre aquele determinado assunto. No decorrer dos encontros, foram discutidos os tipos de parto existentes na atualidade, e quais destes tipos são oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A maioria das gestantes relatou a preferência pelo parto vaginal, principalmente pelo tempo de recuperação necessário no caso de uma cesariana. Outro fator destacado é a amamentação precoce, onde foi percebido que as gestantes possuem grande conhecimento da importância da amamentação nos primeiros seis meses de vida do bebê. Um dos encontros em que ocorreu maior surgimento de dúvidas das participantes foi sobre a alimentação na gestação, elas questionavam principalmente o primeiro período da amamentação, quais alimentos deveriam ser ingeridos e evitados, para não fazer mal ao bebê. Neste encontro, convidou-se uma nutricionista para fazer parte da conversa que conseguiu de forma clara e objetiva esclarecer as dúvidas e orientar as participantes. **Consideração final:** os saberes, as experiências e as percepções prévias das gestantes são elementos primordiais para a promoção da saúde tanto para a mãe quanto para a criança. No decorrer do período gestacional há a necessidade de transformar conhecimento em orientação para as gestantes, com o intuito assistencial e humanizado, valorizando a saúde do binômio mãe-filho, e assim, promovendo atenção integral da gestante.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde; Gestante; Fisioterapia.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunic. SaúdeEduc.** 2005; 9(16):39-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>. Acesso em: 26 set 2013.

## O LÚDICO NO ESTUDO DE OBRAS DE PAULO FREIRE: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

**Vera Lúcia Leal de Oliveira**

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: rikajr@gmail.com

**Ana Carolina Saretto da Silva**

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: carol\_saretto@hotmail.com

**Diego Floriano de Souza**

Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: diegoflorianodesouza@hotmail.com

**Igor Velho Ortolan**

Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: igorortolanjhony@gmail.com

**Fabiane Ferraz**

Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva-LADSSC/UNESC. E-mail: olaFerraz@gmail.com

### RESUMO

**Introdução:** Transpor a construção de conhecimento teórico para a prática é um desafio e uma necessidade no ensino superior na saúde. Principalmente quando há uma diferença de realidades e conceitos entre as pessoas que participam do processo de ensino-aprendizagem. Muitas vezes a informação compartilhada não é compreendida do mesmo modo por quem houve e a necessidade de quem recebe a informação não é considerada. Uma forma mais objetiva de minimizar tais barreiras é usar ferramentas metodológicas diferenciadas em aulas teóricas, de modo a promover o processo crítico, criativo e reflexivo nos estudantes (REIBNITZ e PRADO, 2006). Assim, com o objetivo de inovar as experiências de ensino-aprendizagem por meio da leitura e apresentação em seminário e torná-la estimulante e motivadora, este trabalho expõe a realização de um trabalho lúdico e ao mesmo tempo uma proposta de experimentação metodológica para jovens adultos. A escolha da proposta metodológica utilizada justificou-se pela noção da importância de sair da linha do tradicional em apresentação de slides para brincar no aprendizado com os demais colegas. Para Cunha e Nascimento (2005), durante a brincadeira, é possível observar a capacidade de memorização, suas ansiedades e medos, sua forma de lidar com o erro, seu nível de atenção, coordenação e equilíbrio nas atividades. Até as dificuldades e facilidades de aprendizado podem aparecer enquanto brinca-se. Tais características auxiliariam na maneira de se expressar. Paralelamente, sabe-se que diante de uma ação educativa, as pessoas estruturam uma barreira que deve ser rompida, sendo o lúdico uma ferramenta importante que pode proporcionar a quebra na lógica de “transmissão” de um conjunto de conhecimentos, de um saber pronto e acabado, desvinculado do cotidiano, para proporcionar um compartilhar de conhecimentos que geram processos de reflexão crítica da realidade. Com esse intuito, um grupo de acadêmicos da 2ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC propôs apresentar um conteúdo extremamente teórico desenvolvido na disciplina de

Integralidade e Saúde Coletiva II, por meio de um teatro de fantoches. **Objetivo:** proporcionar uma reflexão-crítica sobre o livro Educação e Mudança do cientista social Paulo Freire, de forma lúdica. **Relato da experiência:** frente ao desafio de apresentar uma obra densa a uma turma de enfermagem no formato de um seminário, o grupo optou por paralelamente ao diálogo sobre o livro, realizar um teatro de fantoches para expressar os temas estudados. Assim, após leitura do livro, criou-se uma estória, composta pelo diálogo de vários personagens estruturados pelos próprios acadêmicos de acordo com o tema. Permitindo a reflexão sobre a literatura e a compreensão da necessidade de estarmos apropriados do conteúdo estudado. Após a composição textual, cada membro do grupo construiu o seu personagem no formato de bonecos de fantoches para jovens adultos, confeccionados em tecidos apenas com os membros superiores e cabeça, que são encaixadas nos dedos da mão do autor. Cada um, com a característica do seu personagem, voltadas para demonstrar o conteúdo de forma objetiva e subjetiva expressa no conteúdo estudado. Visando aplicar uma abordagem prática e lúdica de ensino, envolvendo conceitos relativos ao compromisso do profissional com a sociedade. Primeiramente, faz-se a introdução ao assunto de forma dialogada, depois permitindo que exponham suas opiniões livremente, estimulando a participação de todos e explicado que o objetivo da brincadeira é compartilhar conhecimentos após a leitura de uma referência e poder contar com a interação dos participantes e usar uma nova forma para abordar assuntos complexos. Buscou-se a adequação da linguagem técnica, tornando compreensível o objeto de discussão, possibilitando o debate de informações. **Considerações finais:** o desenvolvimento da atividade oportunizou aos colegas lembrarem sua infância e expressar interesse por um conteúdo denso e complexo de forma espontânea, divertida e participativa. A avaliação da atividade realizada foi extremamente positiva, pois quando se desenvolve uma nova atividade que visa compartilhar conhecimentos, é muito importante e desafiador refletir sobre como o sujeito da aprendizagem produz interação. E com isso é importante desenvolver estratégias envolventes, interessantes e proveitosas para ambas as partes. A proposta possibilitou não somente essa interação de saberes, mas a vivência coletiva do diálogo rompendo com o ensino tradicional. Foi possível abordar temas diversos de uma forma interligada. Diante disso, o trabalho lúdico desenvolvido é uma pequena contribuição para novas visões do ensinar para jovens adultos.

**Palavras-chaves:** Enfermagem; Educação Superior; Educação em Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

CUNHA, N.H.S; NASCIMENTO, S.K. **Brincando:** aprendendo e desenvolvendo o pensamento matemático. São Paulo: Vozes, 2005.

FREIRE, P. **Educação e Mudança.** 34 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

REIBNITZ, Kenya Schimidt; PRADO, Marta Lenise do. **Inovação e educação em enfermagem.** Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

## CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NA PERSPECTIVA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Francielle Lazzarin de Freitas Gava

Enfermeira Especialista em Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC  
flfgava@hotmail.com

Ioná Vieira Bez Birolo

Enfermeira Mestre em Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC  
ionavieira71@hotmail.com

Brunella Flores Pupo

Acadêmica 10ª fase de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC  
brunellapupo@gmail.com

Maria Gabrielle Ribeiro

Acadêmica 9ª fase de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC  
gaby\_mgr@hotmail.com

Susane Raquel Périgo Pavei

Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC  
susane.perico@terra.com.br

### RESUMO

**Introdução:** A maioria das mortes e abortos associados ao período gravídico-puerperal no Brasil são evitáveis e totalizam 92%, assim, a assistência durante o período pré-natal deve privilegiar a discussão de questões únicas para a mulher, o parceiro e a família. (VEZOZZO; KIMINAMI; RADIGONDA, 2008). A assistência com excelência à mulher, à criança e à família envolvida no ciclo gravídico puerperal é contemplada na estratégia proposta pelo Governo Federal, denominada Rede Cegonha, decretada pela Portaria Ministerial N° 1.459, de 24 de junho de 2011. (BRASIL, 2011). Objetivou-se caracterizar a assistência ao pré-natal e puerpério adotadas pelos enfermeiros, que atuam nas Unidades de Saúde de um município do Sul do Brasil, observando se a assistência prestada está de acordo com aquelas dispostas pela Rede Cegonha. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva desenvolvida junto a 05 Distritos Sanitários de Saúde, localizados em um município do Sul do Brasil. Os participantes da pesquisa foram 05 enfermeiros. Os sujeitos do estudo foram as enfermeiras que atuam na Atenção Primária à Saúde do município. Os critérios de inclusão foram: aceitar participar da pesquisa; trabalhar há pelo menos 06 meses como enfermeiro na APS; e os de exclusão: não aceitar participar da pesquisa; estar afastada de suas atividades por licenças das diferentes ordens. Os instrumentos de coleta de dados foram: Entrevista semiestruturada e análise documental (prontuários, cartão da gestante, SISPRENATAL). Foi realizada a análise de conteúdo de Minayo (2009) e posteriormente, o material foi explorado de forma a alcançar o núcleo de compreensão do texto. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, por meio do parecer n. 573576. Observaram-se orientações da resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi providenciado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação na pesquisa. **Resultados:** Das 05 UBS/ESF entrevistadas, o tempo de atuação dos enfermeiros nesses locais é de aproximadamente 33,2 meses. Cada

equipe acompanha cerca de 1.191,06 famílias e 4.117 usuários, com média de 30 gestantes. Três das cinco unidades entrevistadas utilizam todas as ferramentas para acompanhamento das gestantes, que são: Ficha do SISPRENATAL, Declaração de Nascidos Vivos, Ficha de Visita Puerperal, Ficha A (SIAB), Prontuário e Cartão da Gestante. Todas as unidades realizam a captação precoce, sendo esta tarefa realizada pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). As gestantes são cadastradas no SISPRENATAL e quando diagnosticadas 'Gestante de Alto Risco' são encaminhadas diretamente para o serviço especializado do município. Quanto às estratégias para educação em saúde sexual e reprodutiva e promoção ao aleitamento materno exclusivo, cada unidade utiliza seu método, que são: consultas individuais, planejamento familiar, palestras, grupos de gestantes e visitas puerperais.

**Discussão:** Para garantir a eficácia do trabalho da Enfermagem, é necessário trabalhar em equipe, planejar, gerenciar democraticamente e constituir vínculo com a comunidade oferecendo atenção integral à saúde, dessa forma, o tempo de atuação dos enfermeiros pesquisados nas UBS é importante para a formação de vínculo comunitário. Apenas pouco mais da metade utiliza todas as ferramentas e métodos disponíveis para o acompanhamento das gestantes, sendo que é necessária a padronização da utilização dessas ferramentas para seguimento do trabalho nas UBS e caracterização correta das gestantes. O cadastramento, gerenciamento das UBSs e a captação precoce das gestantes estão de acordo com o que é preconizado pela Rede Cegonha, e os encaminhamentos das gestantes de alto risco seguem de acordo com cada UBS, tornando o trabalho efetivo e adequado às dificuldades locais. As Unidades de Saúde compreendem o que é prevenção/promoção da saúde e também como realizá-las. Os métodos geralmente são aplicados pelos enfermeiros, que proporcionam qualidade de vida a todas as gestantes e puérperas cadastradas.

**Conclusão:** É possível inferir que cada UBS possui sua unicidade, sendo que o gerenciamento adequado dessa é dado através do comprometimento e trabalho em equipe de todos os profissionais que a constituem. Também se elucidou que o vínculo entre profissionais de saúde e a comunidade é crucial para integralizar o atendimento social. Dessa forma, entende-se que para a melhora dos serviços, ainda é necessário o preenchimento adequado das ferramentas e métodos de acompanhamento das gestantes, além de sempre almejar proporcionar de maneira integral e efetiva a qualidade e humanização da assistência prestada.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré-Natal; Gravidez; Estratégia Saúde da Família; Puerpério.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. M.S.. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS -a Rede Cegonha. Nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

BRASIL. C. N. S. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso 06 de Fevereiro de 2014.

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 108 p.

VEZOZZO, K. M. K.; KIMINAMI, N.; RADIGONDA, H. P. *Atendimento de Enfermagem a Gestantes na Unidade Básica de Saúde (UBS)*. II Encontro de Extensão da UniFil – 10 e 11 de Novembro de 2008.

## **EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL DA PUÉRPERA E SEU BEBÊ EM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE DA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA**

**Andreia Collodel**

Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense-  
collodeland.odonto@hotmail.com

**Maria Laura Rosso**

Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense-  
laura\_rosso\_\_@hotmail.com

**Ivanir Prá da Silva Thomé**

Docente Mestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Extremo Sul  
Catarinense- ivanir\_pdst@yahoo.com.br

**Renan Antonio Ceretta**

Docente Mestre do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense -  
rce@unesc.net

**Fernanda Guglielmi Faustini Sônego**

Docente Mestre do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense-  
fgfsonego@unesc.net

### **RESUMO**

A educação em saúde bucal iniciada nos primeiros meses de vida proporciona desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis ao bebê, que poderão refletir na saúde bucal deste indivíduo durante toda vida. Com isso a gestação tem relação conjunta com a saúde geral da gestante influenciando na formação e saúde do bebê. Normalmente a mulher quando está grávida é mais sensível e seu espírito de proteção da espécie está muito mais aguçado, sendo assim o melhor momento para lhe informar os cuidados que deverá ter com sua higiene oral como também de seu bebê. Porém, apesar da alta receptividade, ela ainda se mostra desinformada em relação à saúde bucal, e isso, a leva, muitas vezes, adotar hábitos nocivos. Desta forma, faz-se necessária a implantação de estratégias que visem à prevenção de doenças bucais e a promoção de saúde, que atinja a mãe e consequentemente beneficie seu bebê (ECHEVERRIA; POLITANO, 2011). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, e aprovado sob o número 129.328. OBJETIVO: Instruir e estimular às puérperas da Fundação Social Hospitalar São Donato (FSHSD), em Içara-SC, amamentar, cuidar da saúde bucal e dieta alimentar de seus filhos recém-nascidos (RN). METODOLOGIA: Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quali/quantitativa, do tipo descritivo, realizado na maternidade da FSHSD, em Içara-SC, no período de maio de 2012 a dezembro de 2013, de segunda a sexta-feira, no período vespertino, totalizando 20 horas semanais. Ele foi desenvolvido por acadêmicas, previamente capacitadas, do curso de Odontologia da UNESC, juntamente com a orientação e o acompanhamento de docentes cirurgiões dentistas e enfermeira. A amostra foi universal, não aleatória composta de 561 puérperas, que realizaram seus partos na maternidade da FSHSD e seus 563 filhos recém-nascidos, pois duas delas tiveram partos gemelares, durante o período definido. As que concordaram em participar voluntariamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo os princípios éticos contidos na Declaração de

Helsinque e na normativa nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi elaborado especificamente para o estudo e aplicado um questionário, semiestruturado à puérpera, previamente ao trabalho educativo, no próprio leito de internação, em até 24 horas após o parto. Contendo 20 questões sobre amamentação, hábitos alimentares da puérpera, cuidados com os hábitos de higiene do RN, como também questões relacionadas à puérpera em seu período gestacional com intuito de coletar dados sobre a saúde bucal e conhecimento da mesma. **RESULTADOS:** As idades das parturientes variaram de 15 a 44 anos, sendo que a idade média foi de 25,4 anos. A média do tempo gestacional foi de 39,2 semanas (DP=  $\pm 1,6$ ). Os dados obtidos demonstraram que 56,1% (n=315) das puérperas entrevistadas, conhecem o procedimento de higiene bucal do bebê na fase edêntula e 43,9% (n=246) desconhecem. Destas 51,2% e 51,3% sabem como e com que limpar respectivamente. Verificou-se também que 52,8% (n=296) delas desconhecem a necessidade de escovar os dentes do bebê assim que eles erupcionam na cavidade bucal. Quanto à pretensão de amamentar, 97,3% (n=546) relataram querer, sendo que 18,89% (n=106) destas possuem o desejo de amamentar por um longo tempo. Com relação à mamadeira e chupeta 41,5% (n=233) e 51,3% (n=288), respectivamente, pretendem introduzir estes hábitos deletérios. **CONCLUSÃO:** Verificou-se que esta estratégia, garante uma amostra de puérperas, facilita a educação em saúde bucal, estimula amamentação e motiva adoção de hábitos saudáveis.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal; Prevenção Primária; Amamentação; Gestantes.

## REFERÊNCIAS

ECHEVERRIA S; POLITANO, G.T. **Tratamento odontológico para gestantes**. São Paulo: Santos, 2011.

## FOMENTO

PROPEX-UNESC

## AGRADECIMENTOS

Expressamos nossos sinceros agradecimentos à equipe de profissionais da Fundação Social Hospitalar São Donato (FSHSD), às puérperas, às acadêmicas Patrícia Rafaely e Thaís Miguel Ricardo, e demais pessoas que direta ou indiretamente participaram deste estudo, pois sem o acolhimento deles não poderíamos realizá-lo.



## **SAÚDE PÚBLICA E PARTICIPAÇÃO POPULAR: CONSTRUINDO A CIDADANIA EM SAÚDE A PARTIR DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

### **Reginaldo de Souza Vieira**

Doutor e Mestre em Direito – PPGD/UFSC. Líder do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Professor Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico e do Curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Advogado. Email: prof.reginaldovieira@gmail.com

### **Ioná Vieira Bez Birolo**

Mestre em Enfermagem pela UFSC. Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Professora do Curso de Enfermagem da Unesc. Enfermeira. Email: ionavieira71@hotmail.com

### **Fabiane Ferraz**

Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFSC. Pesquisadora do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Professora do Curso de Enfermagem da Unesc. Enfermeira. Email: olaferraz@gmail.com

### **Michel Belmiro Ilibio**

Acadêmico do Curso de Direito da Unesc. Pesquisador do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED/UNESC) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Email: mbilibio@unesc.net

### **Jusimari Aparecida Estadler Candiottto**

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Unesc. Pesquisadora do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). Email: jusicandiottto@yahoo.com.br

## **RESUMO**

**Introdução:** A partir da definição do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a qual nas palavras de Gerschman (1995) introduziu mudanças no setor da saúde, de forma a torná-lo democrático, acessível, universal e socialmente equitativo, construiu-se as bases do direito à saúde, do Sistema Único de Saúde e da participação popular, insertos no texto constitucional de 1988. Assim, com a Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990, restou estabelecido à possibilidade de controle das ações em saúde pela sociedade. Esta lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Essa participação popular em saúde ocorre através das conferências e dos conselhos de saúde. Porém os direitos e conseqüentes benefícios apontados na Lei Orgânica da Saúde não estão dados automaticamente, precisam ser construídos e conquistados cotidianamente. No município de Criciúma ainda existem mais de 40 conselhos populares de saúde, que buscam no âmbito local tratar da concretização do direito à saúde. Entretanto ainda que disposto em estatuto às competências dos Conselhos Populares de Saúde, a participação popular na perspectiva da saúde pública não se efetiva, observa-se ainda que às equipes de saúde quase sempre não tem entrosamento com as comunidades, prestando serviços sem uma efetiva interação seja com os CPS, seja com os usuários. É a partir desse contexto que surge essa proposta, desenvolvida nos Bairros Santa Luiza e São Defende, no Município de Criciúma. A proposta é construir uma extensão comprometida com a missão da UNESCO de promover o desenvolvimento regional e melhorar a qualidade do ambiente de vida, entende-se da urgência dessa

assessoria na facilitação da construção de uma cultura cidadã direcionada à saúde pública, visando um real envolvimento da população criciumentense na garantia de seu direito. Objetivos: Geral: Desenvolver, implantar e avaliar estratégias para sensibilização dos conselheiros populares de saúde dos bairros Santa Luzia e São Defende, do município de Criciúma, sobre papéis, funções e formas de atuação com a finalidade de promover a cidadania. Específicos: a) Possibilitar interação entre a equipe de saúde, o Conselho Popular e os usuários dos serviços de saúde; b) Estimular a participação popular na política de saúde e a discussão quanto ao papel dos Conselhos Populares de Saúde; c) Ampliar o entendimento e a visão crítica das comunidades envolvidas quanto à saúde pública; d) Reforçar o processo organizativo democrático como base para a construção e eficácia do direito à saúde; e) Instrumentalizar as comunidades para o pensar coletivo, na perspectiva da interdependência, da alteridade e da cooperação; f) Fortalecer a atuação dos conselheiros de saúde como elementos catalisadores da participação da sociedade no processo de implementação do SUS; g) Possibilitar aos professores e pesquisadores o registro e sistematização dessa experiência para atividades de ensino e pesquisa. **Procedimentos Metodológicos:** Através da abordagem interdisciplinar, com a participação de docentes dos Cursos de Direito e de Enfermagem da UNESC, tendo por referência uma concepção pedagógica crítica e reflexiva, sustentada numa perspectiva de construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, da articulação teoria e prática e da participação ativa dos sujeitos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, o projeto de extensão atuará no “Território Paulo Freire” – Distrito de Extensão Comunitária da Unesc. A execução metodológica do projeto será composta de seis etapas: a) Momento de aproximação com a comunidade; b) Momento de Observação; c) Momento de Investigação; d) Momento de Intervenção; e) Momento de avaliação; f) Momento de afastamento. **Considerações Finais:** O projeto teve o início de sua execução em final de março de 2014. Encontra-se atualmente na fase de aproximação, na qual está se procurando construir o elo com os conselhos populares de saúde dos Bairros Santa Luzia e São Defende em Criciúma. Além disso, a equipe está desenvolvendo atividades de estudo e de construções das bases dos instrumentos de pesquisa que serão aplicados na fase de investigação.

**Palavras-chaves:** Direito à saúde; Participação Comunitária; Extensão comunitária; Sistema Único de Saúde (SUS).

## REFERÊNCIAS

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusiva: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Universidade do Extremo Sul Catarinense, que financia o projeto de extensão através da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão da Unesc (PROPEX), de acordo com o edital nº 21/2013 – UNACSA, aprovado em 14 de março de 2014 – Território Paulo Freire.

## RELATO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS DURANTE O PROJETO VIVERSUS: VIVÊNCIAS NA REGIÃO CARBONÍFERA EM 2013

Barbara Nesi

Nutricionista Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - Jayne\_nem@hotmail.com

Jayne Fernanda Silveira

Enfermeira Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense barbaranesi@gmail.com

Ioná Vieira Bez Birolo

Enfermeira Tutora no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense- ionavieira71@hotmail.com

Lisiane Tuon

Coordenadora no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense- ltb@unesc.net

Luciane Bisognin Ceretta

Coordenado no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - luk@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** O programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VIVERSUS) é um projeto desenvolvido pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, que possui como embasamento teórico e prático o programa VERSUS/Brasil, criado pelo Ministério da Saúde em 2003. Este programa permite aos acadêmicos a compreensão, a origem, o funcionamento e os desafios do Sistema Único de Saúde, além de aprofundar a discussão sobre o trabalho em equipe, atenção à saúde, educação e controle social, contribuindo assim para a formação de profissionais preparados para a realidade do Sistema Único de Saúde. **Objetivos:** O presente trabalho tem como objetivo descrever as experiências obtidas a partir das atividades desenvolvidas na região carbonífera pelos residentes multiprofissionais durante a realização do VIVERSUS, em visão acadêmica além de ampliar as competências já desenvolvidas na graduação por meio de atividades de extensão universitária, aproximando os acadêmicos da realidade dos serviços da rede pública de saúde. **Desenvolvimento:** Relato de experiência. VIVERSUS é um projeto de extensão em que a vivência de campo ocorreu nas Secretarias Municipais de Saúde da Região Carbonífera, no período de 15 a 19/07/2013. Participaram do projeto: acadêmicos da graduação (atualmente residentes), Residentes Multiprofissionais e docentes da UNESC. Durante a execução do projeto em processo de imersão vivencial com práticas preestabelecidas de ação em conjunto com os profissionais de saúde, fez-se o registro das atividades desenvolvidas em um diário de campo. As atividades realizadas foram: a observação dos serviços, dos profissionais e infraestrutura na área da saúde, problemas e desafios e diversas ações multidisciplinares de promoção de saúde. Durante a execução do projeto em processo de imersão vivencial com práticas pré-estabelecidas de ação em conjunto com os profissionais de saúde fez-se o registro das atividades desenvolvidas em um diário de

campo. **Resultados e Discussão:** O VIVERSUS realizado em 2013 trouxe aos residentes atuais experiências que contribuíram para modificar a percepção dos mesmos em relação ao Sistema Único de Saúde, pois enfatizou a realidade positiva e negativa de cada conquista dos serviços de saúde, os fazendo refletir sobre as práticas de saúde vigentes. Foi reconhecida a importância da equipe multiprofissional na busca de saberes diferentes e articulados para dar conta das necessidades individuais e coletivas desenvolvendo a democratização dos espaços de trabalho para o melhor bem estar do usuário. Com o VIVERSUS, formaram-se novos conceitos sobre o Sistema Único de Saúde e foi possível entender que as propostas de mudança devem ser planejadas de forma articulada e estratégica, de acordo com a realidade local, envolvendo diversos segmentos e atores. **Considerações Finais:** A experiência propiciou importantes contribuições para a formação técnica, política e ética de todos os atores envolvidos na prática interdisciplinar e multiprofissional. Observou-se a importância e a necessidade de desenvolver práticas educativas que contribuam para a melhoria do Sistema Único de Saúde. Contudo, identificamos que não é fácil trabalhar como Sistema Único de Saúde, especialmente devido ao seu subfinanciamento e as práticas fragmentadas, o desafio da universalização e do modelo institucional, mas, apesar das dificuldades apresentadas e vivenciadas acreditamos que com o trabalho de todos os profissionais de saúde, os gestores municipais, estaduais e federais, e a população, poderemos mudar essa visão. O fortalecimento do SUS é de interesse de todos nós, que continuaremos com a missão ética de fomentar as transformações iniciadas pelo movimento sanitário brasileiro.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Imersão; Vivências.

## REFERÊNCIAS

Oliveira, T. R. B. Interdisciplinaridade: um desafio para a atenção integral à saúde. Revista Saúde.Com, Jequié, v.1, n.3, p.20-27, 2007.

## PSICOEDUCAÇÃO COM PACIENTES DIABÉTICOS INSULINO DEPENDENTES

Patricia Carvalho da Rosa

Nona fase do curso de enfermagem Universidade do Extremo Sul Catarinense patycarvalhorosa@hotmail.com

Luciane Bisognin Ceretta

Dra. em Ciência da Saúde Universidade do Extremo Sul Catarinense  
luk@unesc.net

Maria Salete Salvaro

MSc em Educação Universidade do Extremo Sul Catarinense mssalvaro@unesc.net.

Karina gulbis Zimmermann

MSc em enfermagem Universidade Do Extremo Sul Catarinense Karina@unesc.net.

Ana Regina da Silva Losso

MSc em Educação Universidade do Extremo Sul Catarinense analosso@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** A forte transição demográfica, epidemiológica e nutricional que vem ocorrendo principalmente após a segunda metade do século XX tem levado a um forte aumento das Doenças crônicas Não Transmissíveis, particularmente a Diabetes Mellitus tipo 2. (ZIMMET, 2000) O diabetes Mellitus (DM) tipo 2 atinge significativa parcela da população mundial, havendo projeção de 350 milhões de portadores da doença em 2025 (King, 1998) Entre os principais problemas de saúde pública no Brasil, está o Diabetes Mellitus sendo responsável pela morbi-mortalidade de grande parte da população. No Brasil, estima-se que cerca de 11 milhões de pessoas sejam diabéticas na atualidade. Sua presença está associada a debilitantes complicações crônicas que comprometem a qualidade de vida e a sobrevivência. Apesar das orientações para mudanças no estilo de vida e diversas opções medicamentosas permanecem as dificuldades relacionadas à adesão do paciente a esquemas terapêuticos, contribuindo para o surgimento de doenças crônicas e de suas complicações. Neste intuito esta pesquisa tem como objetivo realizar Psicoeducação aos pacientes insulino dependentes cadastrados no programa de auto monitoramento glicêmico nas clínicas integradas da UNESC. Intervenção grupal com Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-exploratório desenvolvido com 15 pacientes portadores do Diabetes Mellitus Insulinodependente cadastrados no programa de automonitoramento glicêmico nas clínicas integradas da UNESC. **Metodologia.** A seleção foi por demanda espontânea de pacientes com idade entre 18 a 75 anos, sendo sete do gênero masculino e oito do feminino, moradores da região carbonífera, no município de Criciúma, em Santa Catarina. Foram realizados nove encontros que aconteceram quinzenalmente nas dependências das clínicas integradas da UNESC. O Projeto foi aprovado pelo comitê de ética da UNESC sob o protocolo 260.122.2013. **Resultados.** Os encontros de psicoeducação nos proporcionaram primeiramente uma maior aproximação do paciente diabético insulinodependente, seus anseios, dúvidas, medos e expectativas. Além dos pacientes, podemos conhecer os familiares dos pacientes que, além de conhecê-los, tiveram a oportunidade de vivenciar no grupo de psicoeducação, pois alguns deles eram trazidos pelos seus parentes. Os temas abordados nos encontros de psicoeducação foram: anatomia e fisiologia do diabetes,

farmacologia dos principais medicamentos utilizados no tratamento do diabetes, acondicionamento dos medicamentos como a insulina e outros, atividades física, gerenciamento de estresse, complicações do diabetes, locais de aplicação da insulina, controle glicêmico, alimentação saudável, oficina alimentar, controle do peso e estratégias de autocuidado. A cada encontro era perceptível a mudança nos pacientes. Através dos esclarecimentos e das vivências podemos verificar uma maior adesão ao tratamento. Os controles glicêmicos eram efetuados e registrados, as alimentações segundo eles foram sendo paulatinamente modificadas por alimentações mais saudáveis, assim como caminhadas e exercícios físicos foram sendo incorporados ao seu tratamento. Sabemos que um dos principais objetivos no cuidado ao diabético é torná-lo corresponsável pelo tratamento, por meio de um processo educativo contínuo, que inclua diferentes profissionais, como médicos, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos e enfermeiros. Agimos de forma semelhante ao unirmo-nos a nutricionista, educador físico, farmacêutico e enfermeiro para que pudéssemos alcançar o objetivo proposto. O paciente diabético necessita ser tratado de forma multifacetada, holística. **Conclusão.** O presente estudo avaliou o impacto do programa de psicoeducação para pacientes portadores de diabetes insulínodépendentes no programa de automonitoramento glicêmico. Dessa forma, a psicoeducação demonstrou potencial para reduzir custo com a doença, uma vez que previne complicações da diabetes, promove mudança de estilo de vida e consequentemente maior qualidade de vida. O modelo psicoeducacional possibilitou a discussão dos participantes sobre os sentimentos em relação à doença, os mitos e a realidade do monitoramento, como também o esclarecimento sobre dieta saudável, auxiliando na adoção de uma postura mais responsável diante do tratamento. Nesse sentido a psicoeducação ganha importância ainda maior. Concluímos que o grupo pode ser um facilitador para que o paciente insulínodépendente entre em contato com as suas dificuldade e paulatinamente se aproprie de novos conhecimentos. Em cada sessão os participantes foram estimulados por meio de dinâmicas de grupo para a discussão de dúvidas e crenças relacionadas aos temas abordados. No final de cada encontro foram estabelecidas metas curtas para incentivar as mudança de hábitos cotidianos. Tais metas eram revisadas e discutidas sempre no início de cada sessão seguinte.

**Palavras Chave:** Psicoeducação; Insulínodépendente; Diabetes Melitus.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.** Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual do diabetes.** 2. ed. Brasília, 1993

GORRY, P. D. Psychoeducation in first: episode psychosis: a Therapeutic process. Psychiatry, 2002, vol. 58, p. 315-28. In: CEZARETTO, Adriana. **Intervenção interdisciplinar para prevenção de diabetes mellitus sob a perspectiva da Psicologia:** benefícios da qualidade de vida. Tese - Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

KING, H.; AUBERT, R. E.; HERMAN, W. H. Global burden of diabetes, 1995- 2025: prevalence, numerical estimates and projection. *Diabetes care*, 1998, vol. 21, p. 1412-1431. In: CEZARETTO, Adriana. **Intervenção interdisciplinar para prevenção de diabetes mellitus sob a perspectiva da Psicologia**: benefícios da qualidade de vida. Tese - Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2004, vol. 9(4), p. 931-943.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes**: tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

ZIMMET. Globalization, coca colonization and the chronic disease epidemic: can the doomsday scenario be averted? *J. Intern. Med.*, 2000, vol. 217, p. 301-310. In: MENDES, Guilherme Falcão. **Efeitos da adesão a um programa de educação em diabetes com ênfase em exercícios físicos orientados no controle glicêmico em Diabetes tipo 2**. Tese - Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ed. Física, Brasília.

## AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES ESCOLARES NA CIDADE DE CRICIÚMA/SC

Vanise dos Santos Ferreira Viero

Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família, da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: vanisedossantos@hotmail.com

Fabiane Ferraz

Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva-LADSSC/UNESC. E-mail: olaFerraz@gmail.com

Priscyla Waleska Simões

Doutora. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: pri@unesc.net

Luciane Bisognin Ceretta

Doutora. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: luk@unesc.net

Joni Marcio de Farias

Doutor. Professor do Departamento de Educação Física da (UNESC). Tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisa em Promoção da Saúde-GEPPS/ UNESC. E-mail: jmf@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** a adolescência é uma fase marcada por transformações biológicas, psicológicas e sociais. Ainda, nesta fase, crescem a autonomia e a independência sobre práticas e comportamentos de vida, que neste aspecto podem representar importantes fatores de risco para a saúde, como o sexo desprotegido, uso de drogas, higiene bucal precária, inatividade física, alimentação e postura inadequadas, aspectos estes, objetos do presente estudo. Estes fatores de risco predispõem o surgimento de infecções por doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, acidentes e violências, doenças bucais, problemas posturais, além do desencadeamento cada vez mais precoce de doenças crônicas não transmissíveis (MALTA et al., 2010). Estes fatores quando adquiridos durante a adolescência tende a ser continuado na vida adulta, justificando a importância de ações e estratégias metodológicas que promovam a mudança de comportamento dos jovens com o envolvimento da família e de profissionais da Saúde e Educação na adoção de hábitos saudáveis de vida (FARIAS JÚNIOR et al., 2009). Diante do exposto, o objetivo do estudo foi analisar a efetividade de ações de educação em saúde, em relação à aquisição de conhecimentos, sobre temas relacionados à promoção da saúde, junto a adolescentes matriculados na rede pública do município de Criciúma - Santa Catarina. **Metodologia:** estudo temporal, prospectivo e analítico realizado em duas escolas estaduais da rede pública de ensino do município de Criciúma, divididas em duas categorias: Ensino Fundamental e Ensino Médio, nas quais foi analisado o conhecimento inicial e após as ações de educação em saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNESC, sob o protocolo 278.224/2013. Amostra totalizou 109 escolares, sendo 50,5% gênero feminino e 49,5% masculino, com idade entre 11 e 17 anos. Os adolescentes deveriam estar regularmente matriculados e com frequência mínima de 75%, fazer o preenchimento e devolução dos questionários nos dois momentos de atividade (pré e pós ação) e



assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. O programa foi desenvolvido em 3 etapas: 1) aplicação do questionário “pré-ação” avaliando o conhecimento prévio sobre os temas; 2) o desenvolvimento da ação de educação em saúde, por meio de exposição audiovisual e materiais ilustrativos, com diversos profissionais e uma linguagem adequada para cada faixa etária. 3) a reaplicação do questionário 30 dias após a realização da ação, verificando em que nível as informações foram apreendidas pelos estudantes. O instrumento de pesquisa foi construído pelos profissionais que realizaram as ações, levando em consideração os temas abordados, determinando um peso para cada questão. As seis ações foram realizadas entre os meses de maio a outubro de 2013, com os seguintes temas: saúde bucal, alimentação saudável, prevenção de drogas, sexualidade, atividade física e educação postural, desenvolvidas pelos profissionais do Programa de Residência Multiprofissional da UNESCO. Os dados foram analisados utilizando o pacote estatístico SPSS versão 20.0, por meio do teste *t students* para amostras independentes. As variáveis analisadas foram: nota (pré e pós), gêneros (masculino e feminino) e a escolaridade (Ensino Fundamental e Ensino Médio). Foi estabelecido um nível de significância de  $\leq 0,05$  e um intervalo de confiança de 95%. Os resultados estão expressos em média e desvio padrão. **Resultados/Discussão:** pode-se verificar que os adolescentes aumentaram significativamente o conhecimento sobre os conteúdos relacionados à promoção da saúde, exceto sobre saúde bucal. Quando analisados por gênero, ambos aumentaram o conhecimento após a realização das ações, entretanto esse aumento foi apresentado em diferentes temáticas. Nas meninas foi verificado aumento sobre alimentação saudável ( $3,60 \pm 1,45 / 4,57 \pm 1,63$ ), sexualidade ( $4,33 \pm 1,31 / 5,17 \pm 1,59$ ), atividade física ( $4,27 \pm 1,79 / 5,35 \pm 1,16$ ), educação postural ( $4,11 \pm 1,53 / 5,00 \pm 1,48$ ). Já os meninos apresentaram melhora no conhecimento sobre drogas ( $2,08 \pm 0,93 / 2,58 \pm 1,14$ ), sexualidade ( $3,89 \pm 1,1 / 4,85 \pm 1,52$ ) e educação postural ( $3,93 \pm 1,48 / 5,04 \pm 1,52$ ). Supõe-se que essa diferenciação tenha ocorrido pelo fato dos gêneros apresentarem interesses distintos nesta fase (CAMARGO, FERRARI, 2009). Em relação a escolaridade, pode-se verificar que as mudanças mais significativas de conhecimento ocorreram com os escolares do ensino fundamental. **Conclusão:** As ações de educação em saúde realizadas no presente estudo, mesmo que pontuais, foram efetivas em aumentar o conhecimento dos adolescentes sobre as temáticas relacionadas à promoção da saúde, demonstrando que os métodos empregados favoreceram a discussão, troca de experiências e a reflexão sobre suas próprias práticas. Porém, não foi possível analisar se esse aumento de conhecimento foi eficaz em mudar os comportamentos destes sujeitos, necessitando novos estudos.

## REFERÊNCIAS

CAMARGO, E.A.; FERRARI, R.A.P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p.937-946, 2009.

FARIAS-JÚNIOR, J.C.; et al. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v.25, n.4, p.344–352, 2009.

MALTA, D.C.; et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do

Escolar (PeNSE), Brasil-2009. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n. supl. 2, p. 3009-3019, 2010.

## EDUCAÇÃO SEXUAL E REPRODUTIVA NO CONTEXTO ESCOLAR

**Ioná Vieira Bez Birolo**

Enfermeira Ms da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC  
ionavieira71@hotmail.com

**Francielle Lazzarin de Freitas Gava**

Enfermeira Especialista em Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC  
flfgava@hotmail.com

**Luciane Bisognin Ceretta**

Enfermeira Dr<sup>a</sup> da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC  
luk@unesc.net

**Jusimari Aparecida Estadler Candiottto**

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)  
jusicandiottto@yahoo.com.br

**Ellen de Matos Borges**

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)  
ellen.borges@hotmail.com

### RESUMO

**Introdução:** A adolescência é um período marcado de vulnerabilidades, uma vez que é uma etapa da vida com conflitos em âmbito social, psicológico, físico, entre outros. Um fato marcante na adolescência, em nossa sociedade, é o início prematuro da vida sexual, contribuindo para o aumento da suscetibilidade de infecções pelas DST's como também uma gravidez indesejada, fato ainda mais preocupante quando relacionada à maternidade precoce, então se percebeu que, é nessa fase que há a necessidade de ações de educação em saúde para orientar esses adolescentes. Nesse contexto, a sexualidade é um aspecto importante de ser analisado, pois a percepção desse tema é formulada a partir de experiências cotidianas desses jovens, e há a necessidade de aprofundamento sobre ele para uma compreensão efetiva, pelas diversas formas de comunicação possíveis, como, por exemplo, diálogos, mídia, folder, fórum de discussão, sendo importante explicar aos adolescentes, os que possuem vida sexual ativa ou não, a necessidade do uso de preservativo nas relações sexuais. Uma das formas de comunicação que deve ser trabalhada com o jovem é o diálogo, para que se possam vencer os tabus que estão relacionados com o sexo e diminuir o número de jovens em estado de vulnerabilidade diante das DST/AIDS (BESERRA; PINHEIRO; BARROSO, 2008). Destaca-se a educação em saúde, como estratégia de promoção à saúde neste processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS. A partir deste enfoque, elegeu-se estratégias didáticas que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável. É importante que o elemento integralidade esteja inserido na consciência crítica dos profissionais de saúde e da comunidade, para que partindo de um contexto complexo e com o qual estão em constante interação, possibilitem ações transformadoras integralizadas e mútuas. (MACHADO et al, 2007, p.339-340). **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo participante, descritivo-exploratória e de campo desenvolvida junto a 05 escolas, localizadas em um município do sul do Brasil. Os participantes da pesquisa foram 71

alunos da rede pública. Teve-se como proposta estratégias de comunicação social e práticas de educação em saúde relacionada à saúde sexual e reprodutiva para comunidade escolar; com objetivo de promover a sensibilização acerca da saúde sexual e reprodutiva; utilizou-se inicialmente uma caixinha para eventuais dúvidas e perguntas dos alunos. A partir das dúvidas e questionamentos levantados realizou-se a organização da atividade educativa com os alunos, de acordo com os seguintes passos: - Dinâmica de grupo, palestra expositivo-dialogada em Power point, discussão dos temas referentes à sexualidade e DST. **Resultados e discussões:** As perguntas da Caixinha foram referentes à: Menstruação, sexo, gravidez, DST's, parto normal. Realizou-se uma atividade educativa com a aplicação da dinâmica Dança da Vassoura, onde, um aluno previamente é selecionado e em segredo ele supõe ser portador do vírus HIV (a vassoura). Ele entra na sala e dança passando a vassoura para seus colegas, que sem saber estão sendo contaminados pelo vírus. Ao final da dança são selecionados os que tocaram na vassoura e lhes é contado que esses poderiam ter se contaminado com o vírus. Após a dinâmica realizou-se a palestra expositivo-dialogada, com os temas, Sexualidade na Adolescência e DST's, utilizou-se no recurso áudio visual várias imagens que facilitaram a compreensão dos alunos participantes. Após a palestra realizou-se discussão dos temas apresentados, possibilitando uma roda de conversas muito produtiva, onde podemos perceber que os adolescentes sentiram-se acolhidos, pois não houve timidez para perguntar e relatar sobre algumas experiências relacionadas à sexualidade. **Conclusão:** Observou-se que alguns alunos já possuíam vida sexualmente ativa, enquanto outros apenas o conhecimento do assunto e algumas vezes de forma equivocada, constatou-se que as escolas inseridas em ambiente de maior vulnerabilidade, como uso de drogas, violência doméstica, situação sócio-econômica desfavorável, apresentaram questionamentos voltado à sexualidade e conteúdos não convencionais. O que emerge a necessidade de preparo dos professores da rede escolar de ensino e aos vinculados ao PRÓ-PET REDE CEGONHA para preparação de uma educação em saúde voltada às realidades sociais.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde; Adolescência; Sexualidade.

## REFERÊNCIAS

- MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al . Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Apr. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 Mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>.
- BESERRA, Eveline Pinheiro; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 3, Sept. 2008 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000300019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 Mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000300019>.

## HIGIENE E SAÚDE NA EDUCAÇÃO INFANTIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ATIVIDADE LÚDICO-EDUCATIVA

**Jusimari Aparecida Estadler Candiotto**

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Bolsista de Extensão. E-mail: jusicandiotto@yahoo.com.br

**Diogo Romancini Ghedin**

Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: diogoghedin@hotmail.com

**Isabel Domingos Ceron**

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: isabelceron@live.com

**Maristella Siqueira Pra**

Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: msp@unesc.net

**Jussara Aparecida Trindade Romanha**

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: jujuromanha@hotmail.com

**Fabiane Ferraz**

Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva-LADSSC/UNESC. E-mail: olaFerraz@gmail.com

### RESUMO

**Introdução:** A educação em saúde tem por finalidade a promoção da saúde e prevenção de agravos que podem acometer o indivíduo, a família ou a comunidade. É um tema abordado desde a infância, ou seja, do início da fase de aprendizagem na maioria das famílias e pela escola, tendo como base promover, manter e recuperar a saúde, visto que na idade pré-escolar há maior assimilação de informações, logo, há possibilidade de mobilizar as crianças a adquirirem hábitos saudáveis que se perpetuarão na vida adulta. Na escola, a educação em saúde consiste em dotar crianças e adolescentes de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e tomar decisões adequadas a seu bem estar físico, social e mental, visando melhoria da qualidade de vida (PEDROSA, 2006; COLARIANO-MARINO, et. al., 2012). As ações de educação em saúde devem ser incorporadas ao cotidiano das crianças de modo que sejam capazes de compartilhar com os seus familiares o que aprenderam. Assim, acreditamos que promover ações na escola desenvolvendo conhecimentos sobre higiene corporal e prevenção de doenças de modo lúdico, propicia as crianças em idade pré-escolar compreenderem a importância desses cuidados de forma prazerosa, por meio de brincadeiras. Acerca disso, o trabalho enfatiza os hábitos importantes que devemos ensinar aos pequenos desde a primeira infância, fazendo com que adquiram hábitos de higiene, e tornarem-se multiplicadores dessas informações para seus familiares por meio do brincar. **Objetivo:** Desenvolver ações educativas sobre higiene corporal e saúde junto a educação infantil, incentivando as crianças a conhecer e cuidar do próprio corpo, de forma que possam levar esse conhecimento para sua família promovendo assim o cuidado com a saúde em geral. **Desenvolvimento:** Trata-se do relato de uma atividade de extensão

comunitária na área de educação em saúde, que foi desenvolvido por acadêmicos da 2ª fase do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), nas disciplinas de Integralidade e Saúde Coletiva II e Seminário Integrativo II, sob a orientação das professoras responsáveis pelas disciplinas, para orientar e estimular crianças, por meio de atividades lúdicas, a adquirirem hábitos saudáveis, através da prática correta de higiene corporal e bucal. A proposta metodológica para estruturação do projeto seguiu as etapas definidas no Arco de Margueriez apresentado por Bordenave e Pereira (2006), as ações foram planejadas a partir da realidade do local, observação do problema, reflexão sobre a necessidade expressa pelas professoras da escola, busca pelo referencial teórico, hipótese de solução e a aplicação prática que é a orientação às crianças em relação à prática correta de higienização corporal e bucal. A atividade de Educação em Saúde foi desenvolvida em uma escola pública do município de Criciúma/SC que atende do berçário até o ensino profissionalizante. Participaram da atividade, crianças, com idade entre 3 e 6 anos, matriculadas na Educação Infantil Jardim II da instituição. No primeiro momento foi realizada a preparação do ambiente, colando os cartazes e se caracterizando com personagens específicos do universo infantil, em seguida acolhemos as crianças e nos apresentamos cantando a música, “Boa tarde coleguinhas”. Na sequência trabalhamos os temas: higiene corporal, pediculose, escabiose, por meio de cartazes, teatro musical, brincadeiras e diálogo com as crianças, envolvendo as crianças nas brincadeiras e explicações, logo, explorando o lado lúdico presente e marcante na faixa etária do público alvo, deixando-os mais confortáveis. Ao final da abordagem de cada tema as crianças podiam fazer perguntas, bem como os moderadores da aprendizagem, lançavam perguntas sobre o que aprenderam, sendo intensa a participação das crianças para responder. **Considerações finais:** o desenvolvimento da atividade de educação em saúde nos proporcionou experiência na avaliação do conhecimento das crianças, onde teve a participação de todos de forma espontânea. Foi possível abordar temas diversos de uma forma interligada e lúdica, compartilhando do aprendizado para enriquecimento mútuo. Acreditamos em propostas de ensino-aprendizagem que envolva o lúdico para troca de informações e consideramos que essa forma de abordagem seja a mais adequada para o público em questão, pois promoveu a atenção, o envolvimento e participação intensa das crianças, além de uma boa relação com a professora responsável pela turma de crianças.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Higiene e Saúde; Educação infantil.

## REFERÊNCIAS

BORDENAVE, J.D., PEREIRA, A.M. Estratégias de Ensino-Aprendizagem. 27 ed. Petrópolis: Vozes. 2006; 312 p.

CORIOLO-MARINUS M.W.L, et al. Saúde do escolar: uma abordagem educativa sobre Hanseníase. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 72-78, 2012.

PEDROSA, J.I.S. **Promoção da Saúde e Educação em Saúde.** In: CASTRO, A.; MALO, M. (Org.). SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Opas: Hucitec, 2006; p. 77-95.

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GRUPO DE GESTANTES: O PRÉ-NATAL, AS ALTERAÇÕES E OS DESCONFORTOS DA GESTAÇÃO ENTRAM NA RODA DE CONVERSA

Taize Lebarbenchon Brigunte

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: tata\_lb\_1@hotmail.com

Jessica Cesa Copeti

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: jeh\_copetti@hotmail.com

Amanda Rinaldi

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: amandaorben@gmail.com

Fabiane Ferraz

Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva-LADSSC/UNESC. E-mail: olaFerraz@gmail.com

### RESUMO

**Introdução:** a gestação é um momento de profundas transformações tanto para a mulher como para sua família. A realização de ações de educação em saúde é uma das atribuições dos profissionais que compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF), previstas na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). A estruturação e implementação de grupos de gestantes é uma importante atividade de educação em saúde e fundamental para garantir uma abordagem integral da assistência no período gestacional. O desenvolvimento desses grupos objetiva compartilhar experiências e esclarecer dúvidas para o atendimento das necessidades originárias das próprias gestantes e de seus familiares (REBERTE; HOGA, 2005). Desenvolver atividades de educação em saúde é um dos objetivos das aulas práticas da disciplina de Integralidade e Saúde Coletiva IV, do Curso de Enfermagem da UNESC. Justificamos a escolha por promover a atividade descrita no presente trabalho, visto não haver um grupo de gestantes estruturado no campo de aulas práticas. Tendo por **objetivo** desenvolver atividades de educação em saúde junto a gestantes e seus familiares, problematizando a importância do pré-natal, o processo gestacional desde a concepção até o momento do parto e as mudanças físicas e emocionais vivenciadas pelas gestantes. **Desenvolvimento:** durante as aulas práticas em uma ESF do município de Criciúma/SC, após conversa com a enfermeira responsável pela unidade, assumimos a responsabilidade em desenvolver uma atividade de educação em saúde junto as gestantes da comunidade. O Grupo Terapêutico-Educativo foi divulgado na ESF com cartazes e convites por nós confeccionados, sendo que os convites também foram distribuídos na comunidade com a ajuda das Agentes Comunitárias de Saúde e, nesse momento, se fez o levantamento dos temas de interesse das gestantes. Como as aulas práticas ocorreram no final do ano, divulgamos o Grupo como uma “confraternização das gestantes da comunidade”, visando dessa forma promover o diálogo entre acadêmicas e gestantes e, entre gestante e gestante de um modo informal. O local

em que ocorreu o grupo foi o centro comunitário do bairro, sendo que organizamos todo o ambiente a fim de que os participantes se sentissem acolhidos. Decoramos o ambiente com balões, dispomos os bancos no formato de círculo visando promover o diálogo. No primeiro momento houve uma apresentação dos participantes por meio de uma dinâmica para formação de grupo (novelo de lã para composição de uma rede); no segundo momento as gestantes assistiram a um vídeo que mostrou o quê e como ocorre a concepção até o momento do parto (BABY CENTER, 2013); no terceiro momento as acadêmicas fizeram uma exposição dialogada, sendo demonstradas as transformações que a gestante está exposta nessa fase de sua vida. Nesse momento as gestantes interagiram, esclarecendo dúvidas e explicitando suas experiências, havendo uma troca efetiva de conhecimentos. Foi oferecido um lanche com alimentos saudáveis explicando o porquê as gestantes devem cuidar da alimentação no período gestacional e distribuímos kits para os bebês. Ainda, ao final foi sorteada uma cesta básica e entregue lembrancinhas com uma mensagem natalina. Fizemos a atividade com a intenção de que as gestantes se sentissem acolhidas e para que houvesse a confraternização proposta por nós. Assim, durante os momentos, nos colocamos a disposição das gestantes para servi-las com os alimentos e bebidas disponíveis.

**Considerações Finais:** a realização da atividade nos fez compreender de modo significativo o quanto é importante fazermos o levantamento dos temas de interesse do grupo, bem como quando as informações são compartilhadas com respeito e dedicação, há uma manifestação positiva do público alvo e os vínculos verdadeiramente são estabelecidos. A participação e avaliação da atividade pelos participantes como algo importante que esclareceu muitas dúvidas sobre o processo gestacional, comprova a importância de manutenção de grupos dessa natureza na comunidade, visando assim, com os encontros regulares, compartilhar informações por meio de ações de promoção da saúde ao maior número de gestantes possível. Entre os aspectos importantes salientamos a interação, o interesse demonstrado e a real troca de experiências entre os participantes da ação educativa. Como pontos para reflexões, ficam o desafio de dar sequência a atividade iniciada e propor estratégias que agregam um maior número de gestantes ao grupo, pois havia apenas 9 gestantes presentes, sendo que muitas que foram convidadas referiram interesse, mas como trabalham não tinham disponibilidade em participar.

## REFERÊNCIAS

BABY CENTER. **Passo a Passo da Gravidez Por Dentro em 3D**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=H8zoezaFyqc>>, acesso em: 05 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

REBERTE, L.M.; HOGA, L.A.K. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto Contexto Enferm.** v.14, n. 2, p. 186-192, 2005.



## **AGRADECIMENTOS**

À Associação Beneficente “Bercinho do Amor” de Criciúma, pela oferta dos kits de enxoval de bebês que foram entregues as gestantes.

## BREVE HISTÓRICO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE

Janete Bertan de Oliveira

Cirurgiões-dentistas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Atenção Básica da UNESC. E-mail: janete.odontologia@gmail.com

Frank Pasinato

Cirurgiões-dentistas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Atenção Básica da UNESC. E-mail: frank\_odonto@yahoo.com.br

Luciane Bisognin Ceretta

Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Atenção Básica da UNESC. E-mail: luk@unesc.net

Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

Coordenadora da COREMU UNESC. E-mail: ltb@unesc.net

Fernanda Guglielmi Faustini Sônego

Cirurgiã-dentista Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Atenção Básica da UNESC. E-mail: fgfsonego@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** No Brasil, na década de 60, foram instituídos informalmente os programas de residências não médicas, a enfermagem foi a primeira a ser implantada e mais tarde outras profissões passaram a fazer parte, seguindo os moldes da residência médica (BRASIL, 2009). A Residência Multiprofissional (RM) foi pensada no final da década de 90, quando a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (MS) e atores do Movimento Sanitário, se reuniram para traçar o perfil dessa residência, que preservaria a particularidade de cada especialidade, porém criaria uma área em comum, vinculada ao pensamento da saúde pública (BRASIL, 2006; LIMA, 2012). No ano de 2002 o MS passou a financiar 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família. Somente 3 anos depois a RM e em Área Profissional da Saúde foi definitivamente criada por meio da Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005. A mesma institui a Residência e a define como modalidade de pós-graduação *lato sensu*, excetuada a área médica que possui regulamentação própria (BRASIL, 2006). A Residência traz uma visão que transcende o atendimento clínico, ela o contempla, porém dá ênfase ao acolhimento, a visita domiciliar, aos trabalhos em grupos, a vigilância em saúde e ao trabalho interdisciplinar (DA ROS, 2006). O objetivo deste estudo é descrever o histórico da trajetória do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). **Desenvolvimento:** Trata-se de um relato de experiência, realizado por 2 cirurgiões dentistas da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da UNESC. A reorientação do modelo de assistência à saúde objetiva abandonar a prática assistencialista, com essa perspectiva nasceu a Estratégia de Saúde da Família, visando melhoria da qualidade de vida da comunidade exigindo constante aperfeiçoamento dos profissionais da saúde (DALPIAZ, STEDILE, 2011). O aprimoramento da formação profissional básica obtida na graduação ocorre por meio da Educação Permanente em Saúde uma política entendida como uma prática de ensino-aprendizagem onde a produção de

conhecimento ocorre no cotidiano das instituições de saúde e as experiências ali vivenciadas geram as mudanças (CECCIM, FERLA, 2009). Diante deste contexto surge a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UNESCO. Após o reconhecimento legal das Residências Multiprofissionais no Brasil, em 2005, se iniciou as primeiras intenções da Universidade em participar do programa, somente em 2008 a real oportunidade surgiu com a abertura do edital das residências multiprofissionais não apenas para as universidades públicas, mas também para as instituições comunitárias, característica atribuída a UNESCO. O primeiro projeto para implantação da residência obteve resposta positiva em 2009. Durante este ano foi discutido a carga horária, certificação, participação das instituições públicas de saúde, e o projeto passou por inúmeras transformações e participaram desse processo o Ministério da Saúde e da Educação. Após os ajustes realizados no projeto, em 2010, é lançado o primeiro edital para processo seletivo dos residentes. A multiprofissionalidade era formada pelas profissões de Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Educador Físico e Odontologia. O curso é em regime de dedicação exclusiva e duração de 2 anos, com carga horária de 5.760 horas, das quais 80% voltada para prática assistencialista e 20% para atividades teórico-práticas, sendo dedicação semanal de 60 horas. As atividades práticas da residência são desenvolvidas no Município de Criciúma localizado na região sul do Estado de Santa Catarina, possui 202.395 habitantes de acordo com os dados do IBGE de 2013. A Secretária de Saúde em conjunto com a coordenação da Residência fazem a escolha das Unidades que receberão os residentes. As regiões mais carentes recebem os profissionais de acordo com as necessidades da comunidade. A primeira turma da residência iniciou em agosto de 2010 com 9 profissionais, 2 de odontologia, 2 de enfermagem e as demais áreas contempladas com 1 profissional. Durante os cinco anos de residência 17 diferentes Unidades de Saúde foram beneficiadas com o trabalho dos residentes, dos 44 profissionais incorporados ao programa 4 se afastaram e 25 já estão formados.

**Considerações finais:** Verificou-se com a trajetória que a RM tem muitos desafios e grandes perspectivas, pois ao aproximar a universidade da gestão municipal propicia transformações positivas à comunidade, que são importantes para consolidação do SUS e qualificação profissional. Desta maneira se faz necessária a continuidade deste programa.

**Palavras-chave:** Educação Profissional em Saúde Pública; Aprendizagem Baseada em Problemas; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Internato e Residência.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. CNRMS. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde**. Exercício 2007/2009. Brasília. 2009. Disponível em: <<http://www.sbfa.org.br/porta1/pdf/Relatorio%20Atividades%20CNRMS%202007%202009.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília. Ministério da Saúde, 2006b. 414 p. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)>.  
Acesso em: 28 abr. 2014.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação Permanente em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 30 abr. 2014.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: V JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DA UFM. 5, 2011. São Luiz, MA. **Anais...** São Luiz, MA: UFM, 2011. p. 1-10. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/IMPASSES\\_E\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/ESTRATEGIA\\_SAUDE\\_DA\\_FAMILIA\\_REFLEXAO\\_SOBRE\\_ALGUMAS\\_DE\\_SUAS\\_PREMISSAS.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2014.

DA ROS, M. A. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: Do Movimento Sanitário à nova forma de tratar a comunidade. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ano VII, n.10, Abr./Jun. 2006. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista\\_saude\\_familia10.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia10.pdf)>. Acesso em: 29 abr. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2013**. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2012/estimativa\\_2012\\_municipios.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2012/estimativa_2012_municipios.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2014.

LIMA, L. S. A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia para a saúde do trabalhador. **Revista Faculdade Santo Agostinho**. Teresina, PI, v. 9, n. 2, art. 13, p. 187-204, Ago./Dez. 2012. Disponível em: <[www2.fsanet.com.br/revista](http://www2.fsanet.com.br/revista)>. Acesso em: 30 abr. 2014.

## PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: IMPORTANTE FERRAMENTA NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM EM AULAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

Márcia Bertan de Oliveira Rankel

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: marciarankel@hotmail.com

Fabiane Ferraz

Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva-LADSSC/UNESC. E-mail: olaFerraz@gmail.com

### RESUMO

**Introdução:** O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é descrito como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar que compreende o sujeito no seu aspecto biopsicossocial. O PTS possui quatro momentos: o diagnóstico, a definição de metas, divisão de responsabilidade e a reavaliação (BRASIL, 2008). Esse trabalho faz uma reflexão acerca da prática do desenvolvimento de um PTS realizado em aulas práticas na disciplina de Integralidade e Saúde Coletiva IV do curso de Enfermagem da UNESC junto a uma Unidade de Saúde da Família, de Criciúma/SC. Os pacientes com casos complexos foram sugeridos pela equipe da Unidade para que as estudantes desenvolvessem os PTS. **Desenvolvimento:** As estudantes desenvolveram três projetos distintos, sendo que o desafio assumido por mim foi junto a uma paciente de 45 anos que permanecia resistente ao tratamento do Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e consequentemente sofria com os agravos (amputações de dedos em MMSSII) do diabetes descompensado. A falta de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico das doenças ocorre por diversos fatores, sendo que o controle da glicemia e da pressão arterial exige a incorporação de um novo estilo de vida com mudanças nos hábitos alimentares, atividades físicas e adesão ao tratamento medicamentoso. Essas medidas são essenciais para prevenção de complicações advindas dessas doenças (ESPIRITO SANTO et al. 2012). As teorias de enfermagem dão fundamentos às práticas de enfermagem, permitem ao profissional descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado. Cada teoria aponta uma filosofia para entender a enfermagem e o cuidado, permitindo a sistematização da assistência de enfermagem. A Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem refere-se à prática de cuidados executados pelo indivíduo portador de uma necessidade, para manter-se com vida, saúde e bem-estar e o papel do enfermeiro é desenvolver nas pessoas suas habilidades para cuidarem de si (CAETANO, PAGLIUCA, 2003). O objetivo principal na construção do PTS foi desenvolver atividades de educação em saúde com o intuito de promover o autocuidado e melhorar a qualidade de vida da paciente e família. Após o reconhecimento do caso, realizou-se a consulta de enfermagem para o desenvolvimento do ouvir e o tocar proposto pelo método OTDPIA. Em seguida fez-se o diagnóstico de enfermagem que constatou a necessidade realizar atividades de educação em saúde junto a paciente visando superar sua própria demanda de cuidados e atingir o estado de equilíbrio, de saúde. A partir do diagnóstico, embasado em NANDA, foram determinadas as intervenções de enfermagem com o apoio da

equipe da Residência Multiprofissional da UNESC. Esses dados possibilitaram determinar as metas conforme o plano de cuidado e quem eram os responsáveis por cada meta, prevendo também o prazo exigido para colocá-las em prática. Os cuidados foram inseridos de acordo com a necessidade de toda a família sendo: motivação para adesão ao tratamento do diabetes e HAS, esclarecimento dos riscos da falta de adesão e do uso incorreto da medicação, orientação para realização do curativo corretamente da ferida aberta presente em MMSSII alertando para o risco de infecção, orientação de cuidados de saúde em geral para evitar novas amputações e agravos no quadro de saúde. Enfatizou-se o diálogo para facilitar a aproximação possibilitando uma relação de confiança com a equipe almejando melhores resultados. Foram realizadas as intervenções de curto prazo e iniciadas as de médio e longo prazo que visavam melhorar a auto-estima da paciente, a adesão ao tratamento, o autocuidado, aumentar a colaboração da família no processo saúde/doença. Na última etapa do PTS (reavaliação) foi possível verificar que apesar do elevado nível de compreensão da paciente, a mesma continuou resistente ao tratamento não permitindo mudanças no seu quadro de saúde, sua demonstração de desinteresse pela vida justifica hipoteticamente a falha das intervenções relacionadas a sua motivação para o autocuidado, exigindo a continuidade do trabalho pela equipe de ESF, com acompanhamento do psicólogo do NASF, aspectos que reforçam a importância da persistência da equipe no processo de motivação do paciente e continuidade da proposta em médio e longo prazo. **Considerações finais:** Ter vivenciado a implementação de um PTS foi de grande importância para o meu processo de ensino-aprendizagem, pois permitiu por meio do planejamento das ações uma efetiva interação teoria-prática.

**Palavras-chave:** Enfermagem em Saúde Comunitária; Cuidados de Enfermagem; Educação em Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2. ed. Brasília: MS, 2008. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_referencia\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf)>. Acesso em: 9 dez. 2013.

ESPÍRITO SANTO, M. B. et al. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde.

**Enfermagem em Revista.** v.15. n.1, p. 88-101, 2012. Disponível em:

<<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3275>>. Acesso em: 9 dez. 2013.

CAETANO, J. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Análise descritiva da teoria dos sistemas de enfermagem de OREM: aplicabilidade no ensino do auto-exame ocular dos portadores do HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, v. 7, n. 1, p. 89-96, 2003.

### **EIXO 3 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO**

## **AVALIAÇÃO NEUROPSICOMOTORA DE PREMATUROS INTERNADOS NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL (UTIN) DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC, ANTES E APÓS A APLICAÇÃO DO MÉTODO MÃE CANGURU**

**Morgana Martins de Toni**

Fisioterapeuta, Graduada na UNESC, morghs\_detoni@hotmail.com

**Schayane Borba**

Acadêmica do Curso de Fisioterapia da UNESC, schayhb\_31@hotmail.com

**Marcelly Rodrigues**

Acadêmica do Curso de Fisioterapia da UNESC, cellynha\_rodrigues@hotmail.com

**Willians Cassiano Longen**

Doutor em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Fisioterapia da UNESC, wcl@unesc.net

**Évelin Vicente**

Doutora em Neurociências, Docente do Curso de Fisioterapia da UNESC, eve@unesc.net

### **RESUMO**

**Objetivo:** Comparar, segundo a Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS), as características neuropsicomotoras dos recém-nascidos prematuros internados na UTI Neonatal do Hospital Materno Infantil Santa Catarina, do município de Criciúma - SC, antes e após a aplicação do Método Mãe Canguru (MMC). **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo aplicado, quali-quantitativo, experimental, exploratório, descritivo e bibliográfico, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense, no qual utilizou uma avaliação individual através da Alberta Infant Motor Scale (AIMS) para verificar as possíveis alterações neuropsicomotoras (DNPM) dos prematuros avaliados. A amostra foi constituída por 7 prematuros, entre 32 a 36 semanas idade gestacional, de ambos os sexos e clinicamente estáveis. Explicou-se o MMC às mães e orientou-se quanto às técnicas, os posicionamentos e estimulação. Os prematuros foram posicionados conforme o MMC por 30 minutos, durante 15 dias no contato pele a pele e após foram então reavaliados por meio da AIMS. **Resultados:** Há diferenças estatisticamente significativas entre os valores observados para diferentes posturas, nos percentis na AIMS do desenvolvimento motor das crianças avaliadas. **Conclusão:** Há evidências que o Método Mãe Canguru contribui na melhora do desenvolvimento neuropsicomotor dos bebês pré-terms, embora o desenvolvimento esteja dentro da normalidade, sempre há a necessidade de uma melhor investigação, para promover qualidade de vida aos bebês nascidos prematuramente.

**Palavras-chave:** Prematuros; Método Mãe-Canguru; Desenvolvimento Neuropsicomotor.



## ABSTRACT

**Objetivo:** To compare, through the Alberta Infant Motor Scale (AIMS), the neuropsychomotor characteristics of premature infants hospitalized in the NICU of Santa Catarina Motherg Infant Hospital, from Criciúma - SC before and after the use of the Kangaroo Mother Method (KMM). **Materials and Methods:** This is an applied study, quali-quantitative, experimental, exploratory, descriptive literature and approved by the Ethics Committee of Universidade do Extremo Sul Catarinense, which used an individual assessment using the Scale Alberta Infant Motor Scale (AIMS) to determine possible changes neuropsychomotor (DNPM) of premature infants evaluated. The sample consisted of seven premature infants between 32 to 36 weeks gestational age in both sexes and clinically stable. It was explained to mothers and the KMM have focussed on techniques, positions and stimulation. Premature infants were positioned according to the KMM for 30 minutes during 15 days in skin to skin contact and after were then reassessed by AIMS. **Results:** There were significant differences between the values observed for different positions in the AIMS percentile motor development of the children. **Conclusion:** There is evidence that the Kangaroo Mother Method helps in improving psychomotor development of preterm infants, although development is normal, there is always the need for better research to promote quality of life for babies born prematurely.

**Keywords:** Preterm infants; Kangaroo Mother Method; Neuropsychomotor Development.

## INTRODUÇÃO

Em 1979, os doutores Héctor Martínez e Edgar Rey Sanabria, do Instituto Materno-Infantil do Hospital San Juan de Dios de Bogotá, na Colômbia, iniciaram uma transformação na visão da atenção a recém-nascidos prematuros de bebês de baixo peso promovendo uma abordagem mais humanizada. Foi então criado o Método Mãe-Canguru (MMC) (CHARPAK e HAMEL, 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O Método Mãe Canguru (MMC), ou programa Mãe Canguru assistência neonatal humanizada, é caracterizado pelo contato pele a pele experimentado pelo bebê e a mãe, sendo rico em estímulos para recém-nascido e benéfico para lactação. O neonato junto ao seio da mãe recebe a transmissão de calor e estímulo sensorial em posição vertical, como se estivesse em uma bolsa semelhante à de um canguru, quando o mesmo estiver em condições clínica, mantendo o RN aquecido junto ao corpo, contribuindo com consideráveis benefícios para o RN prematuro (CHARPAK, 1997).

Os primeiros anos de vida da criança correspondem aos períodos mais críticos quando falamos em desenvolvimento, logo quando ocorre uma lesão de um

sistema que ainda não está totalmente formado, seja ele motor ou cognitivo, a possibilidade de adaptação é maior, minimizando possíveis problemas nos primeiros meses de vida. Por isso, a importância da estimulação precoce ou intervenção precoce (HALPERN et al, 2000; MILTERSTEINER, 2003).

A permanência prolongada no leito pode promover déficits do desenvolvimento neuropsicomotor, visto que os estímulos proprioceptivos, táteis, visuais, auditivos, vestibulares e cinestésicos tornam-se prejudicados uma vez que o contato com a mãe e outras fontes de estímulos é escasso. Acredita-se que os RN prematuros sofrem com os efeitos da separação dos pais podendo afetar o desenvolvimento motor de forma negativa (MILTERSTEINER, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor pelo fisioterapeuta está relacionado com a possibilidade de identificar características específicas dessa população. Conforme a Portaria do Ministério da Saúde, referente a Norma de Orientação para Implantação do Método Canguru, nº 693/GM de 5 de julho de 2000, atenção humanizada ao RN prematuro, propõe o uso do MMC como ferramenta fundamental para o desenvolvimento deste RN. Essa norma traz o profissional fisioterapeuta inserido no Método MC como integrante da equipe da saúde, conhecendo toda a extensão e importância do mesmo, podendo contribuir positivamente nas respostas fisiológica e comportamental do RN (ZANINI et al, 2002; RUGOLO, 2005).

A Escala Infantil Motora de Alberta (AIMS) é uma ferramenta fundamental na avaliação em RN prematuros nos primeiros meses de vida. A AIMS é usada para medir a maturação do desenvolvimento motor amplo do RN, podendo ser aplicada desde o nascimento até a idade de andar independente, por uma sequência de habilidade motoras, capaz de diferenciar o desenvolvimento motor normal do anormal (HALPERN, 2000).

Diante da importância do MMC e da população estudada que são RN prematuros de alto risco, torna-se fundamental uma abordagem fisioterapêutica de cunho preventivo objetivando o desenvolvimento neuropsicomotor normal desses prematuros.

O objetivo deste estudo foi Comparar, segundo a escala de Alberta, as características neuropsicomotoras dos RN prematuros internado na UTI Neonatal do

Hospital Materno Infantil Santa Catarina, localizado no município de Criciúma, antes e após o emprego do Método Mãe Canguru.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa segundo Carminati (2001) é de natureza aplicada, qualitativa, experimental, exploratória, descritiva e bibliográfica.

O estudo foi realizado no Hospital Materno Infantil Santa Catarina (HMISC), do município Criciúma-SC, com a devida autorização da coordenadora de enfermagem. Participaram do estudo 7 recém nascidos prematuros de ambos os sexos, sendo 4 masculino (57,1%) e 3 de sexo feminino (42,9%), entre 32 a 36 semanas gestacional, mantido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no período de agosto a outubro de 2011. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) sob parecer nº 109/2011.

Como critérios de inclusão prematuros, assistidos em incubadora ou em berço aquecido que necessitaram de UTI-N desde as primeiras 24 horas de vida, estáveis hemodinamicamente e sem doença de base, com peso igual ou inferior a 2.500 gramas. Foram excluídos do estudo prematuros com necessidade suporte ventilatório invasivo, instabilidade hemodinâmica, plaquetopenia extrema, ausência da mãe ou responsável ou a não autorizados a participar desta pesquisa.

Inicialmente realizou-se o contato inicial com as mães ou responsáveis pelos recém nascidos prematuros para explanação do estudo e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi realizado o registro individual dos comportamentos motores, observados durante a avaliação motora, tendo como instrumento de pesquisa a Escala Infantil Motora de Alberta (AIMS). Esta escala é composta por 58 itens (21 observados em posição prono, 09 em supino, 12 sentado e 16 em pé). No relatório das habilidades motoras, a criança recebe escore 01 (um) e cada critério motor não realizado recebe escore 0 (zero), ao término da avaliação o escore total varia de 0 a 58 pontos, sendo convertido em percentil, para verificar as possíveis alterações neuropsicomotoras (HALPERN, 2000).

A escala é fidedigna com condições de verificar os prejuízos no desenvolvimento motor e de fácil aplicação. A abordagem observacional privilegia os aspectos positivos motores, manuseando a criança, no mínimo possível, levando a um análise motora mais ampla. Segundo idealizadores da escala consideram-se como

desempenho motor normal/esperado o percentil cima de 25% da curva percentílica; enquanto o desempenho motor suspeito: entre 25% e 5% da curva percentílica edesempenho motor anormal: abaixo de 5% da curva percentílica. As avaliações foram registradas com uma câmera digital fotográfica da marca Sony durante as avaliações motoras. Os bebês foram avaliados, observados dentro da incubadora para manter a estabilidade térmica.

No segundo momento, foi explicado às mães o Método Mãe Canguru, orientando quanto às técnicas e os posicionamentos utilizados com o pré-termo (profilática ou terapeuticamente); o bebê foi colocado na posição vertical sobre o peito da mãe, em contato pele a pele, o recém nascido prematuro mantém-se na posição canguru ao redor do tórax da mãe, a mãe deve estar despida na parte superior do corpo, sendo necessário 30 (trinta) minutos da manutenção desta postura. Este Método foi aplicado durante 15 dias. Após os 15 (quinze) dias os neonatos foram reavaliados por meio da Escala AIMS.

Após o término da coleta de dados os resultados foram submetidos à análise estatística por meio do pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciencies*) versão 17.0 for Windows, sendo o nível de significância adotado  $\alpha = 0,05$  e o intervalo de confiança de 95%. Os valores considerados para análise dodesenvolvimento motor das crianças foram a pontuação em cada sub-escala, o escore total, o percentil referente à idade cronológicae a categorização do desenvolvimento, cuja investigação das diferenças encontradas nas médias obtidas nos instantes da avaliação e reavaliação, foram analisados através da aplicação o teste T de Wilcoxon.

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os dados referentes à caracterização da amostra pesquisada em relação às condições perinatais dos bebês pré-termo. Resultados revelaram que as crianças avaliadas, 57,1% do sexo masculino e 42,9 do sexo feminino, houve predomínio de nascimentos através de parto do tipo vaginal (57,1%) em relação ao tipo cesariana (42,9%). Quanto à idade gestacional, apresentaram em média de idade gestacional e peso ao nascimento de 32,29 ( $\pm 0,49$ ) semanas e 1670,71 ( $\pm 291,88$ ) gramas respectivamente. Foi observado também o Apgar, no 1º minuto a média foi de 5,71 ( $\pm 1,70$ ), já no 5º minuto a média foi 7,57( $\pm 0,79$ ). As

variáveis estão relacionadas na tentativa de identificar possíveis alterações no primeiro ano de vida.

**Tabela 1** - Caracterização da População Amostrada.

Variáveis	Valores
<b>Gênero n (%)</b>	
Masculino	4 (57,1)
Feminino	3 (42,9)
<b>Idade Gestacional (sem)*</b>	32,29± 0,49
<b>Peso ao Nascimento (g)*</b>	1670,71 ±291,88
<b>Tipo de Parto n (%)</b>	
Vaginal	4 (57,1)
Cesariana	3 (42,9)
<b>Apgar*</b>	
1º Minuto	5,71 ± 1,70
5º Minuto	7,57 ± 0,79

**Fonte:** Dados da pesquisadora.

\*Média ± Desvio Padrão.

A tabela 2 revela um aumento médio significativo em todas as posições avaliadas e reavaliadas com o uso da Escala Motora de Alberta ( $p < 0,05$ ), tendo a posição prono um ganho médio de 1 ponto ( $p = 0,008$ ), a posição supino um ganho médio de 1,71 pontos ( $p = 0,014$ ), a posição sentado 0,71 pontos (0,025) e a posição em pé 0,86 pontos ( $p = 0,014$ ), sendo que as duas últimas partiram do escore zero, obtido na avaliação.

**Tabela 2** -Avaliação e Reavaliação da Escala Motora de Alberta.

	Antes (média ± DP)	Depois (média ± DP)	Valor p
Prono	3,57 ± 0,54	4,57 ± 0,54	0,008
Supino	3,86 ± 0,38	5,57 ± 0,79	0,014
Sentado	0,00 ± 0,00	0,71 ± 0,49	0,025
Em pé	0,00 ± 0,00	0,86 ± 0,38	0,014

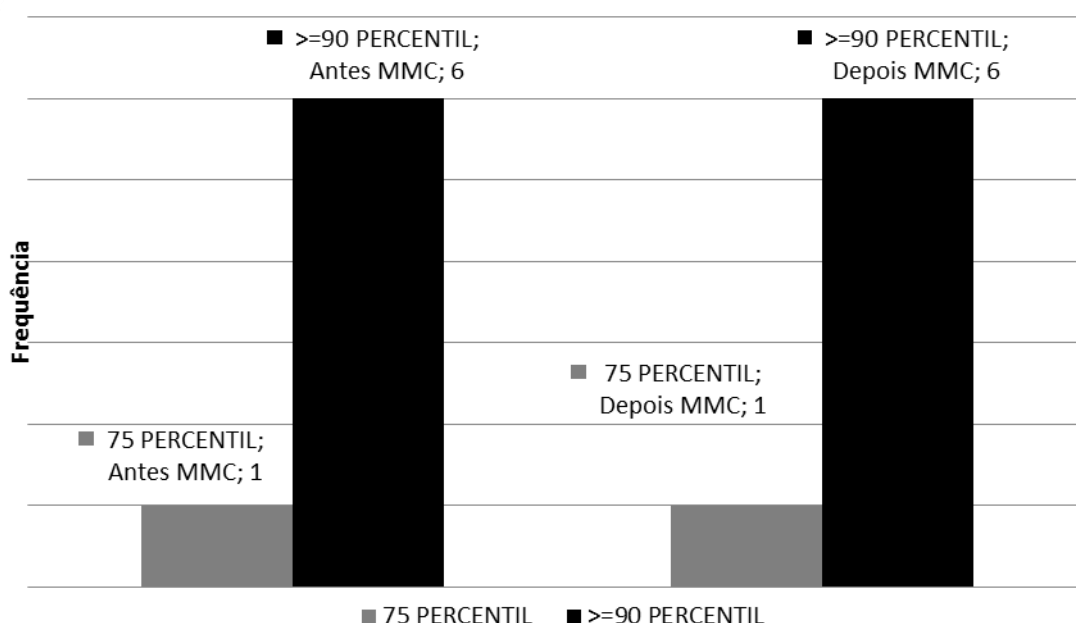
**Fonte:** Da pesquisadora, 2011.

Na figura 1, com relação aos percentis obtidos na AIMS, observou-se uma variação entre 75 e 90 na avaliação e reavaliação. A amostra consta de  $n=7$ , sendo que em ambos os momentos foram observados 6 prematuros com percentil  $>90$ , e 1 com percentil igual a 75.

O prematuro com percentil 75, observado na avaliação, evoluiu quanto ao estado de desenvolvimento neuropsicomotor, o que foi revelado no instante da reavaliação, momento em que percebeu-se mudança no valor do percentil, ficando este  $>90$ .

No entanto, um dos prematuros componentes da amostra, que no momento da avaliação apresentou percentil  $>90$ , no instante da reavaliação apresentou percentil igual a 75, o que evidencia a necessidade de uma melhor investigação neste prematuro.

**Figura 1 - Percentis da AIMS.**



**Fonte:** Dados da pesquisadora, 2011.

## DISCUSSÃO

O presente estudo procurou controlar variáveis intervenientes, tais como sexo, peso ao nascimento, idade gestacional, tipo de parto e Apgar no 1º e no 5º minuto de vida dos bebês avaliados. Essas variáveis trazem informações importantes

e estão relacionadas com a condição de prematuridade do bebê, sendo que seu caráter particular influencia na evolução clínica do mesmo (ZAJONZE VALLENTINI, 2008).

Nos resultados após aplicação o Método Mãe Canguru pela AIMS, foi encontrado uma melhora significativa as aquisições da atividade motora. Um estudo realizado com médicos e profissionais de saúde em hospitais do Rio de Janeiro indicou que a humanização em UTINs tem sido vista apenas como realização dos cuidados com a estimulação excessiva do prematuro, por exemplo, a partir do controle do nível de ruído e luminosidade (CONDE-AGUDELO, 2000). Embora os profissionais tenham conhecimento sobre a humanização, sua aplicação na prática é ainda restrita (HENNIG et al, 2006).

O estudo de Formiga, Pedrazzani e Tudella (2004), para avaliar a evolução do desenvolvimento motor de lactentes pré-termo participantes de um programa de intervenção precoce com e sem treinamentos dos pais, vem de encontro a nossa proposta, enfatizando a importância dos pais participarem da intervenção neuropsicomotor. Participaram do estudo 8 lactentes pré-termo e suas famílias, divididos em dois grupos, avaliados pela *Alberta Infant Motor Scale* durante quatro meses. Os resultados demonstraram que os bebês do grupo intervenção com orientação e treinamento dos pais obtiveram melhor evolução dos comportamentos avaliados em relação ao grupo de intervenção sem orientação e treinamento dos pais. Pode-se afirmar que a participação dos pais, associada ao programa de intervenção fisioterapêutica aplicado, beneficiou significativamente o desenvolvimento motor dos bebês estudados.

Recentemente, também Feldman (2002), ao estudar o efeito do contato pele a pele realizado durante o período de visitas em uma UTIN, relatou efeito mais significativo sobre o desenvolvimento motor do bebê de alto risco, devido suas condições de saúde. De acordo com Belsky (1998), existe suscetibilidade diferentes ao ambiente dependendo das condições intrínsecas dos indivíduos. Esta perspectiva sugere que os bebês seriam tão mais dependentes dos estímulos ambientais corretivos quanto maior fossem suas limitações para extrair as experiências necessárias de seu ambiente para se desenvolver.

Com o maior tempo de contato e maior número de interações sucessivas, fortalece-se o vínculo entre a mãe-filho. Aumento na intensidade de vínculo e sentimento de proximidade foram relatados pelas mães-canguru no estudo de Furman

et al (2000), que relataram uma melhora na auto-estima, mais relaxadas, alegres e competentes para levar seus bebês pré-termo para casa. Reforçando essa idéia, Pueschel (1995) afirma que a estimulação deve acontecer desde o primeiro mês de vida do bebê.

Como afirma Perin (2010), que diz que a estimulação precoce dentro da Fisioterapia é baseada no comportamento neuromuscular e também nos princípios da plasticidade neural, determinando períodos do desenvolvimento neonatal como altamente receptivos a intervenções com exercícios sensórios motores. Dentro da estimulação o fisioterapeuta conduz uma avaliação inicial e contínua da criança, desenvolvendo metas e objetivos, utilizando métodos adequados as suas necessidades.

O comportamento motor da criança é analisado pela AIMS, a partir de uma curva de percentílica, e de acordo com seus idealizadores, o desenvolvimento motor é considerado normal acima do percentil 25 (CAMPBELL et al, 2002). No presente estudo, pode verificar uma variação com relação aos percentis obtidos na AIMS, observou-se uma variação entre 75 e 90 na avaliação e reavaliação, sendo que em ambos os momentos foram observados 6 prematuros com percentil >90, e 1 com percentil igual a 75, não tendo evidência de suspeita do atraso do desenvolvimento neuropsicomotormotor.

No estudo de Silva (2005), foi verificado a influência materna no desenvolvimento motor infantil nos primeiros meses de vida, principalmente através de colocação em posturas com prono, supino. Isto também pode ser visto no presente estudo, podendo auxiliar na explicação de altos percentis observados na amostra, sendo a estimulação precoce, o contato pele a pele da mãe com o bebê, uma resposta na atividade motora, influenciando positivamente no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê.

A pesquisa de Manacero e Nunes (2008), também realizada com crianças pré-termo obteve o percentil médio 43,2 a 45,7 (de acordo com a idade avaliada), verificando-se um comportamento motor dentro do esperado e demonstrando uma maior maturidade motora. Dessa forma o desenvolvimento motor de crianças pré-termo precisa ainda ser estudado, pois cada população observada pode ter suas singularidades e o desenvolvimento depende de diferentes fatores, como ambiental, da genética e da maturação de diversos sistemas (MOORE e PERSAUD, 2000).



Comparando com outro estudo realizado na Holanda (FLEUREN et al, 2007) e outro no Brasil (CAMPOS et al, 2007), demonstram um desenvolvimento motor suspeito entre as crianças avaliadas. Estes achados remetem a importância em avaliar e analisar o desenvolvimento motor das crianças pré-termo, com o objetivo de intervir, quando necessário, procurando prevenir a formação de prejuízos motores permanentes.

Um estudo brasileiro demonstrou boa concordância entre os resultados obtidos pela AIMS e BSID-II (Bayley Scales of Infant Development, escala considerada padrão ouro) em lactentes nascidos a termo aos 6 meses de idade. Esse estudo sugere que a AIMS pode ser uma alternativa para a triagem de alterações no desenvolvimento motor de lactentes em idade precoce. Segundo Santos et al (2008) a Escala Motora Infantil Alberta e Denver II são os testes mais utilizados em nosso país.

No entanto, no Brasil, os profissionais tendem a lidar com essa dificuldade enquanto a pesquisa científica nacional não alcança seu nível ideal. Há uma escassez de instrumentos de avaliação precoce que sejam padronizados para a população local, levando os profissionais de saúde a lançar mão de medidas padronizadas para populações de outros países, sem estudos nacionais que confirmem se as propriedades do instrumento são adequadas para a população nativa (MAGALHÃES et al, 2004).

## **CONCLUSÃO**

O MMC é capaz de atenuar os efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento motor no primeiro ano de vida, ao promover a interação precoce entre mãe e bebê, além de minimizar o estresse do ambiente hospitalar e propiciar maior capacitação das mães para os cuidados com seu bebê, e bem como estimular o aleitamento materno.

Todo instrumento de triagem apresenta vantagens e desvantagens. A escolha do instrumento dependerá da população e objetivos a serem alcançados pelo profissional de saúde. A escassez de instrumentos nacionais padronizados ressalta a importância de estudos em nosso país para verificar a adequação e validação de instrumentos para os parâmetros locais.



## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**. Manual técnico. 3<sup>a</sup> ed. Brasília, 2000.

CASTRO, SHAMYR S.; BUENO, CAMILA F; ALMEIDA, ANA L. J. Análise da aquisição do sentar, engatinhar e andar em grupo de crianças pré-termo. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**, v.9, n.2, p. 57-62, jul/dez. 2002.

CHARPAK, NATHALIE, PELAEZ, JUAN G. R. FIGUEROAI, ZITA C., CHARPAK, YVES. Kangaroo Mother Versus Traditional Care for Newborn Infants < 2000 grams: A Randomized, Controlled Trial. **Pediatrics**, october, 1997, vol. 100, nº 4.

CHARPAK, CALUME Z, HAMEL A. **O Método Mãe- Canguru- pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1999.

CONDE-AGUDELO A, DÍAZ-ROSELLÓ JL, BELIZAN JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. **The Cochrane Database Syst Rev**. 2000; 4: CD002771.

FELDMAN, R.; SIROTA, L.; EIDELMAN, A.I.; WELLER, A. Comparison of skin-to-skin (Kangaroo) and traditional care: parenting outcome and preterm infant development. **Pediatrics**, v. 110, n.1, p. 16-26, 2002.

HALPERN, RICARDO et al, Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro: v.76 n.6, p. 421-428, 2000.

HENNIG MAS, GOMES MASM, GIANINI NOMG. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. 2006; 6: 427-35.

MILTERSTEINER, A. R. **Utilização da posição Mãe-Canguru**. Canoas: ULBRA, 2003. p 83.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área da Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Mãe-Canguru**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

RUGOLO, M. S. S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro: v.81, s. 1, p.S101-110, 2005.

ZANINI, PRISCILA Q.; HAYASHIDA, MILENA; HARA, PRISCILA S.; LIMA, ANDRÉA C.; ZAJONZ R, MULLER AB, VALLENTINI NC. A influência de fatores ambientais do desenvolvimento ambientais no desempenho motor e social de crianças da periferia de Porto Alegre. **R. da Educação Física/ UEM**. 2008; 19(2):159-71.

## **TRAJETÓRIA DO PROGRAMA TERAPEUTICO DA UNIDADE DE DESINTOXICAÇÃO PARA MÚLTIPLAS DROGAS DO HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE**

**Agnes Olscholkwy**

Professora Titular da Escola de Enfermagem da UFRGS, Chefe do Serviço de Enfermagem em Adição. E-mail: aolschowsky@hcpa.ufrgs.br

**Alessandra Mendes Calixto**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Enfermeira, Serviço de Enfermagem em Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: amcalixto@ufrgs.hcpa.br

**Mitieli Vizcaychipi Disconzi**

Enfermeira da Empresa Associada Encarnación Blaya, Clínica Pinel.

**Marcio da Silva Silveira**

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria de Adição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Enfermeiro chefe da enfermagem em Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: enfmarcio77@yahoo.com.br

**Marília Borges Osório**

Doutoranda em Saúde Mental Comunitária na Universidade Federal de Ciências da Saúde. Enfermeira do Serviço de Enfermagem em Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: mariliaosorio@yahoo.com.br

### **RESUMO**

**Introdução:** A Unidade de Adição (UA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – Álvaro Alvim, vem buscando construir um Programa Terapêutico que promova, a melhora da qualidade de vida e um acompanhamento pós-alta dos pacientes interessados e motivados para o tratamento. As práticas variadas de tratamento para Transtorno por Uso de Substâncias psicoativas que objetivam uma melhor adesão do paciente ao programa de atendimento bem como aproximação da família. Trata-se de uma unidade de internação masculina, com capacidade para 20 leitos. Os pacientes internam encaminhados da emergência psiquiátrica das unidades de pronto atendimento em saúde mental (do Município de Porto Alegre) e descrevem motivação para desintoxicação em tratamento hospitalar no ato da admissão. Nesta internação os pacientes permanecem por demonstrarem motivação para o tratamento. Portanto, o grupo de pacientes são usuários de substâncias com graves problemas clínicos, sociais e psiquiátricos, muitos encontram-se em situação de rua antes da internação, referem baixa escolaridade e baixo ou nenhum aporte social. O contato e vinculação com os familiares inicia na admissão do paciente, realizada reunião com a equipe responsável pelo plano terapêutico do paciente antes da visita ao paciente internado, no decorrer da internação são feitas reuniões de família conforme a necessidade individual e possibilidade da família. A equipe técnica multiprofissional é composta por: enfermagem, serviço social, psicologia, psiquiatria, nutrição, terapia ocupacional, educação física que procura desempenhar sua prática de forma interdisciplinar coordenando atividades diariamente com os pacientes tendo como um dos pressupostos a integralidade da atenção. As atividades são prioritariamente grupos, buscando uma postura motivacional com abordagem comportamental. O objetivo deste trabalho é descrever como foi construído o programa que hoje está

sendo aplicado, dinâmico e em constante adaptação as necessidades da população que o compõe (equipe e pacientes). **Desenvolvimento:** foram realizados grupos focais ao longo de um ano, organizados e coordenados pela equipe com participação dos pacientes e estruturadas práticas operativas envolvendo a equipe em reuniões de gestão do cuidado a fim de definir papéis e aplicabilidade do plano. Assim, desde a inauguração do serviço têm sido diversas as tentativas com erros e acertos a fim de desenhar a estrutura programa e seu arcabouço teórico. O instrumento mais utilizado pela consultora em dependência química foi o diário de campo. Os relatos feitos as avaliações entregues pelos pacientes geraram uma série de impressões que auxiliaram na aproximação da linguagem utilizada pela equipe. **Discussão:** Os conceitos teóricos que norteiam a prática clínica atendem as prerrogativas científicas atuais como: prevenção da recaída, manejo de contingência, abordagem psicossocial, técnica cognitiva-comportamental. As atividades do programa possuem eixos verticais: motivação, prevenção de recaída, manejo fissura e administração do ócio, que são temas fundamentais das atividades planejadas com os pacientes durante dia e eixos horizontais que foram planejados a partir do ciclo da manifestação de sintomas ao longo do dia. **Considerações Finais:** Reconhecemos algum resultado em relação à adesão pós-alta e engajamento dos pacientes internados ao programa, assim como em relação aos aspectos psicoeducativos das questões complexas que envolvem a adição. A importância de divulgação das práticas de atenção aos usuários de drogas, para que outros serviços possam contribuir nas discussões de melhorias em relação ao que se está fazendo. Só assim é possível a reflexão sobre o que tem sido feito e estudado, desse modo, repercutindo em uma ação ampliada da saúde, o qual tem a finalidade de promover discussões. Existe uma grande relevância de pesquisa das terapêuticas mais adequadas para o tratamento das adições a fim de que se possa qualificar o atendimento oferecido na atenção aos usuários de múltiplas substâncias com resultados positivos ao usuário, sua família e consequentemente comunidade.

**Palavras-chave:** Mental Health; Addition; Therapeutic Program.

## REFERÊNCIAS

- COLOM, F.; VIETA, E.; MARTÍNEZ-ARÁN, A. et al.- **A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients whose Disease is in Remission.***Arch Gen Psychiatry* 60: 402-407, 2003.
- LEITE, M.C., ANDRADE, A.G.: **Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento.**Porto Alegre: Artmed 1999.
- MELO, D. G. In: FIGLIE, Neliana B., BORDIN, Selma, LARANJEIRA. R. **Psicoterapias de grupo e outras abordagens grupais no tratamento da dependência química.** Cap. 24. Aconselhamento em dependência Química. 2004.
- TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion En Enfermaría Psiquiátrica.** 1º ed. Colombia: Editora Carvajal S. A 1979.
- DUALIBI, Lúgia Bonacim; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cad. Saúde Pública**,Rio de Janeiro ,v. 24, supl. 4, Jan.2008 .

**AGRADECIMENTOS**

Aos usuários do serviço de Adição. A equipe que compõe o programa. A professora Dra. Agnes Olscholwky pela orientação e viabilização dos projetos implementados.

## ERGONOMIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA QUALIDADE DE VIDA: O CASO DE OPERAÇÃO DE GUICHÊ DE CAIXA DE UMA INSTITUIÇÃO BANCÁRIA

Francis Boeing

Engenheiro de Produção. Pós Graduado em Engenharia de Segurança do Trabalho-UNESC

Maicon da Silva Martins

Graduando de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. Bolsista do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador-NEPST

Willians Cassiano Longen

Fisioterapeuta. Mestrado em Ergonomia. Doutorado em Ciências da Saúde. Professor e Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador-NEPST e do Programa Incubado de Pós Graduação em Saúde Coletiva-PPGSC da UNESC.

### RESUMO

**Introdução:** Em algumas atividades ocupacionais o risco ergonômico se destaca ao envolver a combinação de exigências quantitativas e qualitativas. Segundo a Norma Regulamentadora 17, o posto de trabalho e a forma de realizar as tarefas devem estar adaptadas às características psicofisiológicas do operador. Este trabalho teve por objetivo empregar a Ergonomia na busca da adequação do posto de trabalho ao bancário. **Metodologia:** Pesquisa observacional, longitudinal e quali quantitativa. O local avaliado foi uma agência bancária do extremo sul catarinense, envolvendo o guichê do caixa de atendimento. Foram realizadas observações diretas e indiretas através de registros fotográficos e filmagens das características ergonômicas e do trabalho no setor. Foram realizadas mensurações do posto físico de trabalho e obtidas informações quantitativas através do PPRA-Programa de Prevenção de Risco Ambiental da empresa e do PCMSO- Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional. Uma nova forma de trabalho foi implantada, reestruturando o espaço físico do posto de trabalho, bem como, a metodologia aplicada na realização das atividades. Passada a fase de implantação do novo sistema de trabalho, ambiente e posto de trabalho, passou-se a acompanhar a fase de adaptação após a implementação de melhorias ergonômicas. **Resultados/Discussão:** Os equipamentos e periféricos utilizados para a realização das tarefas eram: Uma leitora de código de barras modelo TL840; Uma leitora magnética modelo TPC900; Uma autenticadora modelo THP100; Um microcomputador modelo INFOWAYST4241 com teclado, mouse e monitor LCD. Com relação às condições físicas do trabalho os normativos definem que: A iluminação de acordo com a NBR 5413/1992, classe B (trabalhos com requisitos visuais normais), peso-1 (trabalhador com menos de 40 anos) não deve ser inferior a 500lux; O nível de ruído de acordo com a NR-15 não pode ultrapassar 85dB(A)<sup>2</sup>; A temperatura efetiva de acordo com a NR-17 deve estar entre 20° C e 23°C; A umidade relativa do ar de acordo com a NR-17 não deve ser inferior a 40%. Em termos gestuais na entrega de documentos ou dinheiro o operado releva o braço direito ou esquerdo e o estica até alcançar a mesa superior. Na autenticação de documentos são inseridos os documentos na autenticadora com a mão esquerda e é pressionada a tecla "ENTER" no teclado com a mão direita. Na contagem de dinheiro segura-se o dinheiro com a mão esquerda e passa nota por nota para a mão direita. Na leitura de códigos de barra destaca-se com uma régua a

via do documento que contém código da via do cliente e passa na leitora com a mão esquerda. O movimento de digitação envolve especialmente a inserção de dados no sistema para realização das atividades e a conferência de assinaturas o operador levanta da cadeira e pega a FAA- Ficha Autógrafo, da conta em questão, em um fichário situado atrás do guichê, bem como, conferências e assinatura constante no documento é igual ao da FAA. Segundo o PPRA da empresa a função não possui riscos físicos, químicos ou biológicos e as características físicas do ambiente de trabalho medidas são: Iluminação: 750lux, medido com luxímetro INSTRUTHERM modelo LDR-380 número de série 06020100106839; Nível de ruído: 61,4dB(A)<sup>2</sup>, medido com decibelímetro INSTRUTHERM modelo DEC 410 número de série P874386; Temperatura efetiva: 18°C medido com termo anemômetro INSTRUTHERM modelo TAD-500 sem número de série; Umidade relativa do ar: 55% medido com termo-higrômetro INSTRUTEMP. Foi feita a solicitação de uma nova leitora de código de barras, porém foram alterados todos os equipamentos para os seguintes modelos: Desktop PROCOMP modelo LS5505 - 120 HW; Leitora de código de barras TECPOINT modelo TL840; Autenticadora IMP 8KD DUAL PRINTER TERMICA+INKJET TECPOINT. Pode-se destacar entre as adequações realizadas: a troca dos equipamentos defeituosos pelos novos; a nova configuração da disposição dos equipamentos na bancada; a conscientização sobre o apoio para o membro superior; a redução da carga de digitação. **Conclusões:** Medidas simples e de baixo custo podem gerar significativas transformações positivas da condição de trabalho. Apesar das melhorias físicas implementadas representar em um grande passo para a redução do desconforto físico do operador, a alteração que trouxe maiores impactos envolveu a redução feita na demanda dos caixas e a utilização de um caixa extradurante os horários de pico.

**Palavras-chave:** Trabalho; Ergonomia; Saúde do Trabalhador.

## REFERÊNCIAS

Couto HA. Ergonomia aplicada ao trabalho: manual técnico da máquina humana. Belo Horizonte: ERGO, 1995.

. Os distúrbios musculoligamentares de membros superiores relacionados ao trabalho: a realidade no mundo e o fenômeno 100 LER no Brasil: os diversos aspectos envolvidos. In: \_\_. Como Gerenciar a Questão das L.E.R./D.O.R.T. Belo Horizonte: Ergo, 1998. cap. 01, p. 17-66.

Ferreira MC. Trabalho do caixa bancário: ritual de tensão, ansiedade e monotonia. Monografia apresentada para conclusão do curso de especialização em psicologia social. Campo Grande: FUCMT, 1989.

Guérin F. Compreender o Trabalho para Transformá-lo: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgar Blücher, 2001.

Kroemer KHE, Grandjean E. Manual de Ergonomia: adaptando o trabalho ao homem. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.



## O CUIDAR DE ENFERMAGEM NO GRUPO DE GESTANTES

Diane Furtado dos Santos Trescher

Elisiane Santos Costa Nogueira

Luize Alves Romancini

Cecília Marly Spiazzi dos Santos

### RESUMO

**Introdução:** O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF é um trabalho com caráter continuado que visa à proteção das famílias, prevenindo a ruptura de laços, promovendo acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, dentre os serviços ofertados está incluído o grupo de gestante (BRASIL,2012).O grupo de gestantes é um ambiente dinâmico para realizar a promoção da saúde integral-individual e coletiva das gestantes, que pode ser realizada através de interações e compartilhamento entre sujeitos com vivências/experiências comuns, esta estratégia é importante para à promoção da gestação saudável e, por consequência, do parto e puerpério (SOARES DE LIMA, 2013). Os cuidados de enfermagem visam esclarecer dúvidas e orientar a gestante quanto aos sinais e aos sintomas que possam surgir durante a gravidez, e que providências tomar (BRASIL, 2006). Este relato de experiência pretende evidenciar a participação da enfermagem com foco na Promoção à Saúde. **Desenvolvimento:** O trabalho foi realizado com as participantes do Grupo de Gestantes do PAIF, mulheres em situação de vulnerabilidade e risco social, residentes nos territórios de abrangência do CRAS – Centro de Referência em Assistência Social do bairro Santa Luzia, no município de Criciúma - SC. Entre os requisitos de participação do Grupo, são exigidos todos os exames do pré-natal em dia e assiduidade. Os grupos ocorrem duas vezes por mês, as atividades são planejadas em conjunto com as participantes, que recebem informações por meio de palestras dos profissionais da saúde, realização atividades lúdicas com a pedagoga local, assistência continuada e informações por meio do trabalho social. Foram realizadas algumas palestras com os seguintes temas: Amamentação e Cuidados com mama, Cuidados com o RN (primeiro banho, cuidados com o coto umbilical, trocas de fraldas,...), Doenças e problemas que podem ocorrer durante a gestação. Com o desenvolvimento deste trabalho, enquanto acadêmicas de enfermagem tivemos a oportunidade de vivenciar e experienciar juntamente com a equipe do CRAS os nuances da Gestação e puerpério e assim entendemos ter contribuído com o processo ensino e aprendizagem.O pacto e o diálogo estabelecido com o grupo foram fundamentais para a concretização do trabalho, além de ter sido um momento de troca de saberes entre gestantes e acadêmicas, amenizando assim ansiedades que surgem no período gestacional, devido á falta de conhecimento sobre os temas abordados. E ainda criou-se um vínculo de amizade, confiança e reconhecimento da importância da inserção da enfermagem no grupo. **Considerações Finais:** A participação trouxe conhecimento para o crescimento profissional e experiência de vida, sendo muito gratificante ter contribuído com o Grupo. Percebemos que os encontros repercutiram de forma positiva com as

gestantes, pois declararam que muitas de suas dúvidas foram esclarecidas e saíram mais seguras e tranquilas. Objetivos foram alcançados, e as acadêmicas de enfermagem estabeleceram um processo de associação teórico-prático, vivenciando e experienciando o processo de gestação. Deve-se proporcionar esse atendimento integral e com qualidade, pois os bebês que forem nascendo já são aguardados para compor o Grupo de 0 à 6 anos ofertado pelo PAIF. É necessário pensar em educação continuada.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem; Gravidez; Pré-natal.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco:** manual técnico. 5. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. **O Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Família - PAIF, Segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.** Brasília, (DF): 2012. 1 v. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/PAIF\_Tipificacao.pdf>. Acesso em: 5 maio 2014.

SOARES DE LIMA, Suzinara. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. **Aquichán**, Bogotá, v. 13, n. 2, Aug. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972013000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 Abr. 2014.

## SAÚDE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIRAS ATUANTES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Claudio Alex de Souza Sipriano

Mestre em Educação-Universidade do Extremo Sul Catarinense

E-mail: claudiocriciuma@yahoo.com.br

Francielle Rosso Mazzuchello

Graduada em Enfermagem-Universidade do Extremo Sul Catarinense

E-mail: francielle\_rosso@hotmail.com

Mariana Sifroni

Graduada em Enfermagem-Universidade do Extremo Sul Catarinense

E-mail:marisifroni@gmail.com

Ioná Vieira Bez Birolo

Mestre em Enfermagem- Universidade do Extremo Sul Catarinense

E-mail: ionavieira71@hotmail.com

Luciane Bisognin Ceretta

Doutora em Ciências da Saúde-Universidade do Extremo Sul Catarinense

E-mail: luk@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** Os avanços conceituais sobre saúde da OMS formulado em 1948 onde a saúde é vislumbrada sobre os prismas bio-psico-social são positivos do ponto de vista teórico, mas não há transcendência do modelo centrado na doença no contexto prático, prevalecendo ações fragmentárias positivistas que privilegiam o biológico em detrimento de atividades de promoção da saúde e participação social. No cenário brasileiro a saúde ultrapassa a barreira conceitual e teórica sendo apontado na Constituição Federal de 1988, no seu artigo 196 como **“saúde é direito de todos e dever do Estado”**. Na consolidação dos ditames constitucionais de saúde como direito criou-se a Lei n 8080/90 que rege o Sistema Único de Saúde-SUS, sistema que tem como foco a superação do modelo de saúde centrado na doença. Uma das ações do SUS foi criar a Estratégia Saúde da Família-ESF, que segue a lógica das equipes e as famílias construirão vínculos e co-responsabilidades no cuidado individual e coletivo no processo de trabalho das ESFs. Majoritariamente as ESFs são gerenciadas por enfermeiras (os) que desenvolvem atividades gerenciais, educativas e assistenciais o modo que estes compreendem saúde pode interferir no processo de trabalho. Neste sentido o ensaio objetivou: Compreender o conceito de saúde de enfermeiras que atuam em um município do Sul de Santa Catarina. **Metodologia:** Pesquisa de campo, qualitativa, exploratória e descritiva. Os sujeitos foram enfermeiras de cinco ESF do município de Criciúma- SC, no intuito de preservar suas falas adotou-se a denominação “ENF”, acompanhada de um número arábico (ENF 1). A técnica de coleta de dados deu-se mediante entrevista, com utilização de um roteiro. O aspecto ético da pesquisa resguardou-se mediante assinatura dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram analisados segundo categorias. (GOMES, 2003). **Resultados e Discussão: Categoria 1: Conceito da OMS:** A categoria específica faz alusão à compreensão de saúde como completo bem estar físico mental e social aproximando do conceito da OMS, como ilustram as falas

a seguir: **“Compreendo que saúde é bem estar físico, mental e social.” (ENF1); “Bem Estar completo [...]” (ENF 3).** Percebe-se nas falas a compreensão das enfermeiras está margeada ao contexto curativista, não trazendo elementos da nova forma de definição de saúde. Estudos propõem, mudar a ênfase do processo de saúde e doença para a capacidade de adaptação e automanejo frente aos desafios sociais, físicos e emocionais, considerando a definição de saúde da OMS como bem-estar completo não é mais adequada para seu objetivo devido ao aumento das doenças crônicas. (CRUZ, 2011, SIPRIANO, 2012). **Categoria 2: Determinantes de saúde.** Nesta categoria os profissionais de enfermagem relacionam o conceito de saúde à existência de fatores determinantes da saúde, como descrito nas falas a seguir: **“Compreendo além do significado de ausência de doença, mas sim, saúde como decorrente de seus determinantes como educação, transporte, segurança, acesso aos serviços de saúde,[...]. ”(ENF 2).** A forma de entender a saúde pela enfermeira vem ao encontro dos princípios da Lei Orgânica da Saúde (LOS), n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 em seu artigo 3º, que destaca: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais [...]”. (BRASIL, 1990). Na ótica da promoção da saúde, a concepção de saúde sofre alterações, em que esta é referida a um recurso aplicado à vida seus determinantes e condicionantes, e não um objeto da vida, o que permite aos sujeitos maior controle sobre a própria saúde e sua possibilidade de melhorá-la (CRUZ, 2011). **Conclusões:** Conclui-se que o conceito de saúde das enfermeiras tange sob dois prismas: o primeiro vinculado ao conceito da OMS, como completo bem estar bio-psico-social, e o segundo relacionado aos determinantes da saúde, preconizados pela Lei n 8080/90. As formas de compreender saúde traz dualidade na compreensão do conceito de saúde, um lado vinculado aos aspectos que se reportam ao corpo e fazem alusão ao modelo biologicista, como é o caso do conceito da OMS, e na outra face surgem elementos próximos à compreensão ampliada de saúde, considerando os elementos determinantes da saúde, destacados em Lei 8080/90.

**Palavras Chaves:** Enfermagem. Estratégia Saúde da Família. Saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Congresso. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil], Brasília, p. 18.055, 20 set. 1990.

CRUZ,M.M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: Gondim R, Graboys V, Mendes Junior WV (Orgs). **Qualificação dos Gestores do SUS.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.21-33.

GOMES, R. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, C, S Maria (Org.) 22. ed. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis - RJ: Vozes, 2003. P. 67-80.

SIPRIANO, CA. **Educação Popular: círculos de cultura e os limites e as possibilidades de empowerment do conselho local de saúde**. 2012. Dissertação. (Mestrado em Educação)-Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma.

## GESTÇÃO GEMELAR: O OLHAR DA ENFERMAGEM NO AUTOCUIDADO COM FOCO NA PREMATURIDADE

Elisiane Santos Costa Nogueira

Acadêmica do curso de enfermagem da UNESC - elisianenogueira@hotmail.com

Luize Alves Romancini

Acadêmica do curso de enfermagem da UNESC - luize-romancini@hotmail.com

Diane Furtado dos Santos

Acadêmica do curso de enfermagem da UNESC - dianeshow7@hotmail.com,

Kelly Urbano

Acadêmica do curso de enfermagem da UNESC - kelly\_urbano@hotmail.com,

Mariana Marques

Acadêmica do curso de enfermagem da UNESC

Ioná Vieira Bez Birolo

Mestre em Enfermagem- ionavieira71@hotmail.com

### RESUMO

**Introdução:** A gestação múltipla exige um cuidado bastante amplo dos profissionais de saúde, pois possui muitas particularidades que necessitam de um plano de cuidados voltado para o bem-estar e saúde da gestante e seus bebês. (BEZERRA, 2006) A gravidez gemelar corresponde a 2 a 3% de todos os nascimentos, mas está presente em 17% dos nascimentos antes da 37ª semana e em 23% dos nascimentos antes da 32ª semana. (RAMOS, 2009). Gestação gemelar tem como principal complicação a prematuridade e o baixo peso dos bebês, restrição de crescimento intrauterino e intercorrências neonatais. (GALPERIM, 1990). A consulta de enfermagem é uma atividade utilizada por profissionais capacitados para fornecer, instruir ou examinar determinada situação a fim de decidir sobre um plano de ação sobre sua área de conhecimento em relação às necessidades apresentadas pelo cliente, onde a atenção é dada às pessoas por profissional enfermeiro, onde as ações realizadas constituem o processo de enfermagem. (GALPERIM, 1990). O presente estudo tem como objetivo desenvolver a sistematização da assistência de enfermagem a uma paciente de gestação gemelar com risco de prematuridade com ênfase no autocuidado de OREM. **Desenvolvimento:** O parto pré-termo, que segundo a Organização Mundial de Saúde é aquele que ocorre após a 20ª e antes da 37ª semana de gestação, pode ser classificado em espontâneo, consequência do trabalho de parto espontâneo propriamente dito ou da ruptura prematura de membranas, e eletivo, quando ocorre por indicação médica, decorrente de intercorrências maternas e/ou fetais. (TUCKER, 1991). Dificilmente a gestação gemelar atinge as quarenta semanas previstas, visto que a capacidade de distensão do útero vai até certo ponto e a maioria dos partos necessita de parto cesariano. (BITTAR, 2008) Segundo Porto, (2013) a prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, em todos os lugares e classes sociais. Acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração. Exige da estrutura assistencial capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis. Afeta diretamente a

estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade. (RAMOS, 2009). Na prematuridade eletiva, a gestação é interrompida em virtude de complicações maternas, como doença hipertensiva, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, e/ou fetais, como restrição do crescimento fetal ou sofrimento fetal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, com uma abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso desenvolvido em uma unidade de internação de um hospital do sul de Santa Catarina com uma paciente de gestação gemelar com risco de prematuridade, hospitalizada em abril/2013. A coleta de dados foi realizada através da busca ao prontuário eletrônico da paciente e consulta de enfermagem, utilizando o método de OTDPIA adotado pelo curso de enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) para o levantamento dos diagnósticos de enfermagem, prescrição, intervenção e avaliação. **Resultados/Discussões:** O estudo de caso foi desenvolvido na maternidade de um hospital da região Catarinense com uma paciente com gravidez gemelar com risco de prematuridade, que internou no dia 13 de abril de 2013, com contrações uterinas. O médico plantonista a internou e observou-se a pressão arterial elevada, após a realização dos exames o médico assistente descartou a pré-eclâmpsia. Buscou-se proporcionar um acompanhamento íntegro a uma paciente no período gestacional múltipar de gestação gemelar, suprimindo as necessidades terapêuticas e traçando um plano de cuidados de enfermagem, visando à importância da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem enquanto profissionais. No dia 25 de abril a mesma retornou ao hospital, apresentando contrações uterinas, sendo encaminhada para o centro cirúrgico onde foi submetida a parto cesárea na 35ª semana e três dias de gestação, RNI nascido às 14:38 pesando 2.590g e com 47,5cm de estatura e RNII nascido às 14:40 pesando 2.275g e com 46,5cm de estatura, ambos nasceram estáveis e permaneceram em alojamento conjunto até o momento da alta hospitalar. **Conclusão:** A elaboração deste estudo proporcionou melhor entendimento sobre a prematuridade em gestações gemelares, assim como desenvolver diagnósticos relacionados às necessidades da gestante. As consultas de enfermagem foram imprescindíveis para a elaboração do estudo e para a compreensão do modo integral as principais queixas e evidências clínicas em gestações gemelares com risco de prematuridade. A partir das consultas e dos diagnósticos de enfermagem, foram realizados planos e intervenções de enfermagem para possibilitar conforto e bem-estar as gestante.

**Palavras-chave:** Gestação Gemelar; Prematuridade; Plano de Cuidados de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

BEZERRA, L.C.; OLIVEIRA, S.M.J.V.; LATORRE, M.R.D.O. *Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro*. Rev. Bras. Saude Matern. Infant., Recife, v. 6, n. 2, p. 10, abr./jun. 2006.

GALPERIM, M.; PORTELA, V. *Consulta de Enfermagem*. Porto Alegre, EEUFRGS, 1990, Apostila, 4 p.

TUCKER, J.M.; GOLDENBERG, R.L.; DAVIS, R.O.; COPPER, R.L.; WINKLER, C.L.; HAUTH, J.C. *Etiologies of preterm birth in an indigent population: is prevention a logical expectation?* Obstet Gynecol, Birmingham. v. 1, n. 2, mar.1991.

BITTAR, R.E.; PEREIRA, P.P.; LIAO, A.W. *Prematuridade*, São Paulo: Manole, 2008, p. 645-66.

RAMOS, H.A.C.; CUMAN, R.K.N. *Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental*. Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 13, n 2, abr./jun. 2009.



## O PROGRAMA ITAJAÍ ATIVO E SUA CONTRIBUIÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Alexandre de Souza

Graduado em Educação Física – Universidade do Vale do Itajaí/SC,  
e-mail: xande.edfisica@hotmail.com

Fabiano Cardoso Linhares

Graduado em Educação Física – Universidade do Vale do Itajaí/SC,  
e-mail: fabiano.edfisica.personal@hotmail.com

Simone Beatriz Pedrozo Viana

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho – Universidade do Vale do Itajaí/SC, e-mail:sviana@univali.br

### RESUMO

O incentivo à prática da atividade física vem sendo apontado como importante ação na área da saúde pública e apoiada por políticas públicas que financiam programas e projetos em saúde. O presente projeto tem por objetivo analisar a contribuição do Programa Itajaí Ativo na promoção de saúde da pessoa idosa, a partir de entrevista semi-estruturada realizada com idosos que participam de forma regular das atividades físicas propostas, a fim de identificar as atividades praticadas pelos idosos no Programa Itajaí Ativo; conhecer o perfil dos idosos participantes do programa e verificar o impacto produzido junto a população participante, incluindo a dimensão satisfação. Trata-se de estudo transversal, descritivo de caráter quali-quantitativo. A amostra constituiu-se de 93 idosos que frequentam os 31 núcleos ativos na cidade de Itajaí. As atividades mais realizadas no programa são alongamentos, caminhada e ginástica, 81% das pessoas ingressaram no programa por indicação de amigos; 11% por iniciativa própria e apenas 6% por indicação médica. Apesar do grande número de idosos referirem a presença de doenças crônicas não transmissíveis, 67% diz buscar no programa algum tipo de lazer e ampliação das redes sociais. Todos se encontram satisfeitos com o programa e relatam benefícios psicológicos, biológicos e sociais.

**Palavras-chave:** Atividade Física; Políticas Públicas; Promoção da Saúde; Idosos.

### ABSTRACT

Encouraging physical activity has been considered an important action in the public health area and supported by public policy and programs that finance health projects. This study was conducted to analyze the “Programa Itajaí Ativo” contribution in elderly health promotion, from semi-structured interviews conducted with elders who participate in regular physical activities proposed in order to identify the activities practiced by the elderly with the “Programa Itajaí Ativo”; know the elderly participants profile and verify the participant population impact, including size satisfaction. It is cross-sectional, descriptive character and exploratory qualitative and quantitative. The sample consisted of 93 seniors who attend the 31 active cores in the Itajaí city. The most popular activities in the program are walks, stretching and gymnastics. 81% of people enrolled in the program by referral from friends, 11% by their own initiative and only 6% medically indicated. Despite the large number of elderly relate to the presence

of chronic non-communicable diseases, 67% said the program seek some kind of leisure and expansion of social networks. All the participants are satisfied with the program and report benefits psychological, biological and social.

**Keywords:** Physical Activity; Public Policy; Health Promotion; Elderly.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira tem ocorrido num ritmo maior do que em outros países. As projeções indicam que, em 2020, seremos o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (CARVALHO; RODRIGUEZ-WONG, 2008). Embora, o envelhecimento populacional tenha sido uma das mais importantes conquistas sociais do século XX, também tem gerado preocupações para as políticas públicas de saúde, uma vez que o aumento da idade propicia o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis (ARAÚJO, AZEVEDO, CHIANCA, 2011).

Sabe-se que o envelhecimento é inevitável, assim, o que se pode fazer é trabalhar para que este venha acompanhado de saúde. Nesse sentido, a prática de atividades físicas pode desacelerar o processo de patologias quem vêm com a idade avançada. Afinal, os hábitos adquiridos durante a vida terão consequências no envelhecimento, desde as coisas mais elementares do cotidiano, como por exemplo, os alimentos ingeridos, as práticas corporais, assim como as relações sociais. Nahas (2001, p.162) ilustra bem esse processo, quando afirma: “o processo de envelhecimento é irreversível, porém pode ser acelerado ou desacelerado por fatores ambientais e comportamentais, exercendo grande influência sobre ele as doenças e a inatividade”.

A relação entre atividade física, qualidade de vida, envelhecimento e saúde tem sido cada vez mais abordada na literatura científica. De tal forma, que é praticamente consenso entre os profissionais da área da saúde que a atividade física é um fator determinante no sucesso do processo do envelhecimento (MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

Muitos são os benefícios que a prática da atividade física proporciona ao organismo. No que tange aos aspectos físicos Nieman (1999), salienta que a atividade física proporciona o aumento da força muscular, o aumento do fluxo sanguíneo para os músculos, o aprimoramento da flexibilidade e amplitude de movimentos, a

diminuição do percentual de gordura, a melhora dos aspectos neurais, a redução dos fatores que causam quedas, a redução da resistência à insulina ajudando no controle e na prevenção de diabetes, a diminuição da pressão arterial, a manutenção ou melhora da densidade corporal óssea diminuindo, assim, o risco de osteoporose, a melhora da postura, a redução de ocorrência de certos tipos de câncer, entre outros.

Além dos benefícios físicos a atividade física também tem sido empregada como estratégia para melhorar a qualidade de vida dos idosos e a preservação da sua autonomia, diminuindo tanto os efeitos negativos causados pelas alterações que vêm acompanhadas com o aumento da idade, quanto dos problemas de ordem psicológica, muitas vezes resultante da redução das interações sociais (FERREIRA et al, 2005).

Para Carstensen (apud Neri, 1995), a diminuição das interações sociais na velhice é explicada por três teorias: a teoria do afastamento, a teoria da atividade e a de trocas sociais. De acordo com a primeira, a redução do contato social ocorre a partir de um mecanismo adaptativo através do qual há uma dissociação recíproca entre indivíduo e sociedade. A segunda, teoria da atividade, é oposta à primeira, uma vez que diz que os idosos desejam manter contatos sociais, embora sejam prejudicados pelas barreiras impostas pela idade. A terceira, teoria das trocas sociais, aponta que as restrições que são impostas pela velhice causam uma diminuição na amplitude das relações sociais.

A prática da atividade física, portanto tem configurado como uma das principais estratégias para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, além de proporcionar aos idosos oportunidades de uma vida mais ativa e independente, contribuindo assim para a manutenção da autonomia e conseqüentemente melhoria da qualidade de vida. Foi com este propósito que o Ministério da Saúde aprovou em 2005 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) incluindo a promoção de atividades físicas na agenda nacional e destinando recursos financeiros para investimentos e projetos locais (BRASIL, 2006).

Dos espaços públicos destinados a prática de atividade física, na cidade de Itajaí, destaca-se o Programa Itajaí Ativo, criado em 2006 em parceria da Fundação Municipal de Esportes com a Secretaria Municipal de Saúde. Embora o programa seja aberto para pessoas a partir dos 7 anos de idade, sabe-se que muitos participantes são idosos. Segundo a Fundação Municipal de Esporte e Lazer, o programa tem como objetivo melhorar a saúde e a qualidade de vida dos itajaienses através da prática da

atividade física orientada nos grupos, nas academias ao ar livre e nos encontros de educação em saúde (FMEL, 2010). O Programa atende 31 grupos, com a média variável de 10 a 30 pessoas por grupo; seu sistema organizacional é formado por um coordenador administrativo e sete professores de educação física.

Algumas vivências e discussões acadêmicas sobre o tema saúde e lazer na terceira idade despertaram a curiosidade e o desejo de conhecer melhor o programa e o impacto deste na promoção da saúde do idoso. Diante disso surgiram os seguintes questionamentos: Qual o perfil da população idosa que participa do Programa Itajaí Ativo? Quais os motivos que os levam a participar do programa? Qual o grau de satisfação destes e quais os impactos produzidos pela proposta junto à população, considerando os idosos?

O objetivo deste estudo, portanto foi analisar a contribuição do programa Itajaí Ativo na promoção de saúde da pessoa idosa para a partir dos benefícios evidenciados fortalecer cada vez mais a Política Nacional de Promoção da Saúde, e sensibilizar o poder municipal na manutenção e ampliação de programas como este que auxiliam na melhoria da condição de saúde da população idosa.

## **METODOLOGIA**

Estudo transversal, descritivo de caráter quali-quantitativo realizado com idosos que participam do Programa Itajaí Ativo do município de Itajaí (SC).

O Público alvo da pesquisa foi constituído pelos idosos que participam do Programa e que aceitaram fazer parte da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostra foi selecionada aleatoriamente, totalizando 93 idosos, sendo 03 (três) idosos por núcleos, a fim de se obter participantes de todos os 31 grupos que o Itajaí Ativo atende. Além do critério de concordância, foram convidados a participar da pesquisa os idosos inseridos no programa há pelo menos 6 meses, frequentadores assíduos, ou seja, com participação semanal e que estivessem presentes no período da coleta.

A coleta de dados ocorreu por meio de questionário e entrevista semi-estruturada, com questões fechadas e questões abertas, realizada no local da prática da atividade física.

Segundo Gil (2009) o uso da entrevista, como objeto de investigação é adequada, pois serve para situar, com clareza, o entrevistador, a partir do diálogo

assimétrico sobre algumas informações, que neste caso são: a) caracterização dos idosos participantes, quanto a idade, escolaridade, renda, estado civil, ocupação e doença referida; b) dados sobre a tipo de atividade que pratica, nível de participação e frequência dos usuários no Programa Itajaí Ativo. c) identificação do impacto produzido junto à população participante, incluindo a dimensão satisfação.

As variáveis sócio-demográficas e todas que foram possíveis quantificar, após a coleta, foram digitados em planilha do Excel e analisadas por estatística descritiva e distribuição de frequência, já as informações qualitativas tiveram um tratamento de análise do conteúdo, a partir da transcrição e leitura do conteúdo.

Todos os princípios éticos previstos na Resolução CNS 196/96 foram obedecidos, tendo sido a pesquisa aprovada pela Comissão de Ética da Univali, sob parecer nº 167.201.

## **RESULTADOS**

As atividades desenvolvidas pelo Programa Itajaí Ativo ocorrem todos os dias da semana nos turnos matutino e vespertino, em locais públicos como praças, parques, ruas da cidade, salões comunitários, ginásios de esportes municipais e demais espaços vinculados às escolas existentes nos bairros, especialmente em dias de chuva.

Dos 93 idosos entrevistados, a maioria é do sexo feminino, em estado de viuvez, com nível de escolaridade alfabetizado, ou seja, sabem ler e escrever, porém não chegaram a concluir o ensino fundamental e também se situam numa faixa de renda entre 1 a 2 salários mínimos. A idade média dos participantes foi de 67 anos, sendo a faixa etária distribuída entre 60 e 88 anos de idade, tabela 1.

**Tabela1** - Distribuição de frequência dos participantes da pesquisa, segundo dados sócio demográficos.

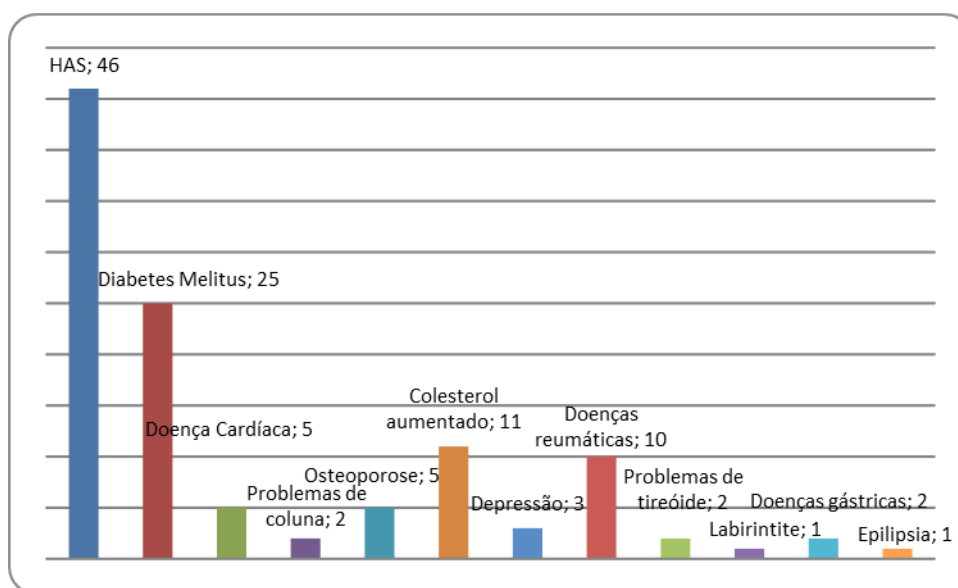
<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
<i>Feminino</i>	84	90,33 %
<i>Masculino</i>	09	9,67 %
<b>Idade</b>		
<i>60 – 69</i>	60	64,52 %
<i>70 – 79</i>	29	31,18 %
<i>+ de 80</i>	04	4,30 %
<b>Ocupação</b>		
<i>Do lar</i>	60	64,52 %
<i>Aposentado</i>	29	31,18 %
<i>Costureira</i>	02	2,16 %
<i>Servente</i>	01	1,07 %
<i>Doméstica</i>	01	1,07 %
<b>Estado Civil</b>		
<i>Solteiro</i>	10	10,75 %
<i>Casado</i>	30	32,25 %
<i>Viúvo</i>	50	53,77 %
<i>Amasiado</i>	01	1,07 %
<i>Separado</i>	02	2,16 %
<b>Escolaridade</b>		
<i>Ensino superior</i>	04	4,30 %
<i>Ensino médio</i>	08	8,60 %
<i>Ensino fundamental</i>	29	31,18 %
<i>Alfabetizado</i>	44	47,31 %
<i>Analfabeto</i>	08	8,60 %
<b>Renda*</b>		
<i>Até 1 salário</i>	34	36,56 %
<i>1 a 2 salários</i>	40	43,01 %
<i>2 a 3 salários</i>	11	11,82 %
<i>3 a 4 salários</i>	06	6,45 %
<i>+ de 5 salários</i>	02	2,16 %

\*salário mínimo.

**Fonte:** autores da pesquisa, a partir dos dados coletados.

Dentre as doenças mais citadas pelos participantes do Programa Itajaí Ativo apareceu com maior frequência: a hipertensão arterial sistêmica (46%), Diabetes Melitus (25%), Doenças Cardíacas (5%), Colesterol aumentado (11%) Doenças reumáticas (10%) e outras patologias (3%), (Gráfico 1).

**Gráfico 1** – Distribuição de frequência das doenças referidas pela população, em percentual.



**Fonte:** autores da pesquisa, a partir dos dados coletados.

Dentre as atividades mais praticadas pelos participantes da pesquisa foram citadas alongamentos (79 vezes), caminhadas (48 vezes), ginásticas e treinamento funcional (39 vezes) realizadas nas academias ao ar livre, além de dança e outras atividades lúdicas (6 vezes), realizadas em ambientes fechados, todas orientadas por professores de educação física,

Quando perguntadas como ficaram sabendo do Programa Itajaí Ativo, 81% das pessoas disseram que foi por indicação de amigos, vizinhos ou parentes; 11% procuram as atividades por iniciativa própria, seja porque moram perto do local onde as atividades são realizadas ou por que passavam pelo local e viam as atividades; 6% ficaram sabendo por indicação médica e 2% dos participantes ficaram sabendo em reuniões e pelo coordenador da unidade de saúde.

Quanto à razão para ingresso no Programa a maioria das pessoas (67%) diz buscar algum tipo de lazer e ampliar as redes sociais, acrescido de expressões como “fazer novas amizades”, “ter com quem conversar”, “para passar o tempo”, “por prazer”, “por diversão”, “inclusão social” e até mesmo para “sair da solidão”; 27% dos entrevistados comentaram que ingressou no programa para cuidar da saúde, tendo em vista que já sofrem de alguma doença, neste grupo ainda 2 pessoas(2,15%) disseram que estão lá por indicação médica e outros 6 pessoas (6,45%) para curar a

depressão; Apenas 6% da população disse que a razão do ingresso foi pelo desejo de realizar alguma atividade física.

Os depoimentos verbalizados espontaneamente pelos participantes, durante a coleta de dados, associados a expressão facial e corporal de contentamento, indicam que a participação destes no Programa eleva a autoestima, conforme expressos nos relatos:

*Ah! Eu me sinto maravilhosamente bem. Adoro vir aqui [...]. Gosto das meninas, das amigas. Eu vou embora com a cabeça aliviada.*

*[...] me sinto muito bem. Eu adoro esta turma, e frequento mais uma turma [...] faço um pedaço com essa turma e com a outra inteira.*

Da mesma forma evidenciou-se coerência entre a razão da busca e o motivo pelo qual permanecem no programa, já que 15 pessoas (16,1%) estão no programa entre 6 e 12 meses e 78 pessoas (83,8%) há quase dois anos. Sendo o bem estar o motivo maior dos mesmos (81%), seguindo de 17% pela melhora da saúde percebida ao longo do tempo de participação e apenas 2% permaneceu pela prática da atividade física em si.

Quanto a frequência com que participam do Programa a maioria 52 pessoas (55,9%) relataram 2 vezes por semana, 31 pessoas (33,3%), 3 vezes por semana 73 pessoas (78,5%), relataram que não realizam outras atividades além das oferecidas pelo programa, enquanto que 20 participantes (21,5%), realizam caminhadas, dança, academia, alongamento e ginástica como forma de incrementar as atividades.

O Programa Itajaí Ativo, oferece aos seus usuários atividades que variam entre duas a três vezes por semana, isso pode alterar de acordo com os pólos e horários, alguns pólos atendem apenas duas vezes por semana, enquanto outros oferecem atividades três vezes por semana. Através das entrevistas com os idosos, e leituras de outras pesquisas sobre a importância da atividade física na terceira idade, pode-se dizer que o número de vezes por semana poderia ser maior, variando entre quatro a cinco vezes, aumentando ainda mais os benefícios aos usuários.

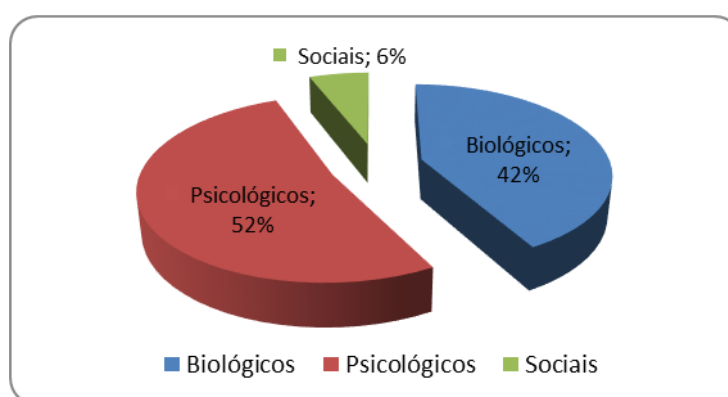
Quando questionados se encontravam alguma dificuldade para realizar as atividades propostas pelo Programa, apenas 4 pessoas responderam que sim, dentre as dificuldades nominaram problemas físicos: problemas de coluna, tendinite, bursite e dores articulares.



Os participantes encontram-se bastante satisfeitos com o programa, 47,4% relataram grau alto e 52,6% manifestaram grau muito alto, apenas 2% da população declararam o grau de satisfação como parcial.

Espelhando a satisfação e os objetivos de cada um, os participantes relataram benefícios biológicos, psicológicos e sociais com a participação no Programa Itajaí Ativo, distribuídos conforme gráfico 2.

**Gráfico 2** - Representação dos benefícios biológicos, psicológicos e sociais que a participação no Programa Itajaí Ativo representa para as pessoas.



**Fonte:** autores da pesquisa, a partir dos dados coletados.

Dentre os benefícios biológicos foram relatados melhora na respiração, nas articulações, na coordenação motora, na flexibilidade muscular, na marcha, melhora do quadro hipertensivo e nos problemas cardíacos. Dos benefícios psicológicos, destacam-se o bem-estar, sentir-se mais disposto para a vida, sentir-se mais feliz, auto-estima elevada e o alívio do estresse. Enquanto benefícios sociais foi possível identificar a ampliação da rede social e a inclusão social.

## DISCUSSÃO

A população feminina constitui a maioria dos idosos participantes do Programa Itajaí Ativo, esta realidade também vem sendo constatada em outros estudos. Ferreira; Izzo & Jacob Filho (2007), analisaram a associação entre o desempenho físico e a saúde de idosos em velhice avançada e observaram predominância do sexo feminino (86%) sobre o masculino (13%), afirmando a questão da feminilização da velhice. Os homens idosos pouco participam de atividades

grupais, soma-se a este fato a predominância de mulheres idosas e da maior longevidade delas quando comparadas a população masculina (NERI, 1995).

As mulheres, além de ser a maioria entre os idosos, parecem dispor mais de tempo para a prática de atividades físicas do que os homens, visto que em boa parte são do lar ou aposentadas. O fato de muitas serem viúvas também sugere o nível de participação delas, uma vez que buscam no programa muito mais do que atividade física. Muitas vão para ampliar o círculo de amizade e retomar relações sociais, enquanto outras para sair da solidão e da carência de atenção.

Vitta (2000) afirma que há evidências de que a participação em atividades físicas e sociais pode prevenir e diminuir o estresse, resultando em benefícios para a saúde mental e aumentar a resistências a doenças.

As doenças crônicas não transmissíveis representam atualmente a maior causa de morbidade mundial e quanto mais avançada a idade, maior sua prevalência. Estima-se que no Brasil cerca de metade da população masculina e mais da metade da população feminina, acima de 60 anos seja hipertensa (IBGE, 2010). A hipertensão arterial sistêmica (HAS), associada a idades mais avançadas, configura como importante fator de risco para outras patologias.

No presente estudo também foram encontrados resultados semelhantes da população nacional, visto que 46% dos idosos referiram sofrer de hipertensão arterial.

De acordo com GAZONI et al (2009,p.34):

A hipertensão arterial sistólica (HAS) é um problema comum na população idosa, com prevalência de 60% a 80%. Apesar de frequente e dos benefícios do tratamento para essa população estarem bem documentados, incluindo maiores de 80 anos, a HAS nesta faixa etária ainda não é bem controlada. Evidências para o tratamento da HAS nos idosos demonstram redução da incidência de acidente vascular cerebral (AVC), eventos cardiovasculares maiores, principalmente insuficiência cardíaca e morte por qualquer causa. As principais modificações no estilo de vida que podem reduzir a pressão arterial (PA) são as práticas de atividades físicas e a mudança de hábitos nutricionais.

Há, no entanto de se destacar os objetivos do Programa Itajaí Ativo que diferentemente de outras estratégias que utilizam as práticas corporais de forma medicalizante ou para modelagem corporal com fins estéticos, o programa promove saúde e lazer, propiciando momentos de descontração, bate-papo, passatempo, nos quais as pessoas praticam atividades físicas, sem obrigação, de forma prazerosa.

O intuito deste estudo não foi avaliar indicadores de resolubilidade entre práticas corporais e hipertensão arterial, mas sim analisar a contribuição do programa Itajaí Ativo na promoção de saúde.

Neste sentido pode-se dizer que a busca pela atividade física significa para os idosos muito mais do que a melhoria de fatores de risco para doenças crônicas, representa a manutenção das atividades de vida diária, a independência física, a autonomia funcional, pressuposto este também abordado na atual concepção de qualidade de vida, pois envolve aspectos multidimensionais que englobam as percepções das pessoas sobre o significado de suas próprias vidas (PASCHOAL, 1996; RAMOS, 2003).

As atividades físicas representam atividades de lazer e, portanto, elemento integrante da vida da pessoa, atuando na carga, descarga e renovação de energias; na revitalização e desbloqueio dos pensamentos monótonos e rotineiros. Ao participar de atividades de lazer coletivamente, o indivíduo estabelece uma relação afetiva com as pessoas e com o mundo, contribuindo para a melhoria da saúde, do nível de socialização e do interesse pela vida. No âmbito da saúde, pode desempenhar papel importante no controle/diminuição do estresse, da angústia e da depressão (NAVARRO et al, 2008).

Neste sentido constata-se que o Programa Itajaí Ativo contribui com a saúde da população idosa, ressignificando o conceito de saúde, uma vez que se incorpora a uma prática cotidiana capaz de ampliar a participação social dos idosos e proporcionar lazer.

Segundo Requixa (1976, p.19), o lazer é entendido “como uma ocupação não obrigatória, de livre escolha do indivíduo que a vive e cujos valores propiciam condições de recuperação psicossomática e de desenvolvimento pessoal e social”.

Para o sociólogo Dumazedier (1974, p. 114) este termo significa “um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de bom grado, seja para repousar, seja para se divertir, seja para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social-voluntária ou sua livre capacidade criadora, depois de ter-se liberado de suas obrigações profissionais, familiares ou sociais”.

De fato, observamos que os idosos sentem uma grande alegria em poderem participar de um programa gratuito e com muitos benefícios para a saúde.

Ficou claro que algumas pessoas já incorporaram a atividade física no seu cotidiano como algo bom, e que empoderados dos benefícios praticam de forma

autônoma outras atividades, ampliando a frequência para além do número oferecido pelo programa, com o intuito de aumentarem sua qualidade de vida. A motivação pela continuidade no programa mantém a permanência do mesmo enquanto política pública e a certeza de um idoso mais independente e feliz.

Segundo Maggil (2001) motivo é definido como alguma força interior, impulso, intenção, etc. que leva uma pessoa a fazer algo ou agir de certa forma. Sendo assim, qualquer discussão sobre motivação implica investigar os motivos que influenciam um determinado comportamento, ou seja, todo comportamento é motivado, é impulsionado por motivos. Diante desse cenário, esta investigação identifica, classifica e discute os aspectos socioculturais e educativos, relacionados à saúde e à qualidade de vida do idoso, estabelecendo relações com os motivos de adesão e permanência na prática regular de exercícios físicos realizados em espaços públicos.

Segundo Barros Neto (2007 apud Merquiades et al 2009), a adoção de um estilo de vida mais saudável, com o aumento das atividades físicas habituais ou até mesmo a inclusão de exercícios físicos na rotina dos idosos, poderão ser eficazes para um envelhecimento bem sucedido, minimizando as incapacidades associadas ao envelhecimento. Por outro lado, o baixo nível de atividades físicas habituais e a falta de exercícios físicos na vida dos idosos podem trazer vários problemas à saúde, dentre os quais se destacam: apatia; perda de força, de flexibilidade, de agilidade; além de poder contribuir para a obesidade, problemas cardiovasculares; assim como gerar problemas sociais; como dificuldade de relacionamento com as pessoas, isolamento, desinteresse, estresse, entre outros.

Desta forma Ramos (2005 apud Merquiades et al 2009) destaca que a atividade física envolva totalidade do ser, ultrapassando as melhorias aparentemente só motoras, associando-se aos desenvolvimentos cognitivos, volitivos e sociais.

## **CONCLUSÃO**

Os idosos participantes do Programa Itajaí Ativo, em desenvolvimento há 6 anos no município, consideram que o programa traz benefícios biopsicossociais, o bem estar é apontado como o motivo da permanência no programa pela maioria dos participantes.

Entre outras contribuições destacaram a atividade como importante espaço de socialização, pela oportunidade de conviver com outras pessoas, conversar, ser feliz e sentir-se vivo, apesar de não ser voltado de forma exclusiva para esta população. A satisfação atingida resulta em indicação para outros idosos que buscam no programa formas de lazer e ampliação das redes sociais.

Pode-se dizer que o programa contribui de forma significativa com a saúde da população resignificando sua proposta inicial e articulando-se aos propósitos da Política Nacional de Promoção da Saúde.

A maioria dos participantes aprova a forma de organização do programa, porém sugere incremento nas atividades e na frequência do oferecimento destas.

Sugere-se a continuidade de estudos desta natureza, afim de que se possa ter uma visão mais abrangente das contribuições do programa, considerando a participação de pessoas de outras faixas etárias, podendo cada vez mais melhorar e ampliar ações públicas que contribuam com a saúde da população.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO Diego Dias de, AZEVEDO Raquel Souza, CHIANCA Tânia Couto Machado. Perfil demográfico da população idosa de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2011 out/dez; 1(4):462-469.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Série Pactos pela Saúde, 7.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília. nº 19. Brasília-DF, 2006. Disponível em: <<http://docs.thinkfree.com/docs/view.php?dsn=860193>> Acesso em: 15 de abril de 2011.

CARVALHO, José Alberto Magno de; RODRIGUEZ-WONG, Laura L.. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008.

DUMAZEDIER, J. Sociologia Empírica do Lazer. Trad. Silvia Mazza e J. Guinsburg. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

FERREIRA, Fabrícia Figueiredo Pinto; IZZO, Helena, JACOB FILHO, Wilson. Impacto da capacidade física na saúde percebida entre idosos em velhice avançada **Saúde Coletiva**. V.4, n.017, jul., 2007.

FERREIRA, Marcela et al . Efeitos de um programa de orientação de atividade física e nutricional sobre o nível de atividade física de mulheres fisicamente ativas de 50 a 72 anos de idade. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 11, n. 3, June 2005.

FMEL. Fundação Municipal de Esportes e Lazer. Itajaí. 2010. Disponível em [http://fmel.itajai.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8&Itemid=12](http://fmel.itajai.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=8&Itemid=12). Acesso 20 set 2012.

GAZONI, Fernanda Martins; BRAGA, Ianna Lacerda Sampaio; GUIMARÃES, Hélio Penna; LOPES, Renato Delascio. Hipertensão sistólica no idoso. **Ver.bras.hipetens**; 16(1):34-37, jan-mar, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2009

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD 2008), um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2010

MAGGIL, R. A Aprendizagem motora: conceitos e aplicações. São Paulo: Edgard Blucher, 1984.

MATSUDO, Sandra Mahecha; MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues; BARROS NETO, Turíbio Leite. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói ,v. 7, n. 1,2001.

MERQUIADES, Jucicleide Herculano. A importância do exercício físico para a qualidade de vida dos idosos. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v.3, n.18, p.597-614. Nov/Dez. 2009.

NAHAS, M.V. Atividade **Física, Saúde e Qualidade de Vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina – PR.: Midiograf, 238 pp., 2001.

NAVARRO FM, RABELO JF, FARIA ST, LOPES MCL, MARCON SS. Percepção de idosos sobre a prática e a importância da atividade física em suas vidas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2008 dez;29(4):596-603.

NERI, A.(org.) *Psicologia do envelhecimento*. Campinas, SP: Papirus, 1995. 276p.

NIEMAN, D.C. **Exercício e Saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento**. São Paulo: Ed. Manole, 316 pp., 1999.  
PASCHOAL, S. M. P. **Epidemiologia do envelhecimento**. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996.  
RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, 2003.

VITTA, A. Atividade física e bem-estar na velhice. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Org.). **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papirus, 2000.

## CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO INFANTIL

Alexsandra Marinho Dias

MSc.Docente do Curso de Fisioterapia da Univali - email: alexsandra.d@hotmail.com.br

Claiza Barretta

MSc. Docente do Curso de Nutrição da Univali - e-mail: claizabarretta@yahoo.com.br

Márcia Aparecida Miranda de Oliveira

MSc.Docente do Curso de Psicologia da Univali - e-mail: moliveira@univali.br

Fernanda Seidel Bortolotti

Acadêmica do Curso de Psicologia da Univali - e-mail: projetohupa2012@groups.live.com

Janaina de Fátima Zdebsky

Acadêmica do Curso de Psicologia da Univali - e-mail: projetohupa2012@groups.live.com

### RESUMO

Objetivou-se caracterizar os cuidadores das crianças e adolescentes atendidos em um hospital universitário infantil, localizado no litoral catarinense, por meio de pesquisa quantitativa, de caráter descritivo. Para tal foi realizada a aplicação de um formulário embasado no instrumento de avaliação de condição de saúde com modificações. Foram coletados dados de identificação, características socioeconômicas, hábitos de vida e saúde. Os mesmos foram tabulados e analisados no programa *Microsoft Excel*®. Por meio dos resultados foi possível perceber, dentre vários aspectos, a necessidade de traçar estratégias e desenvolver projetos de atenção e promoção à saúde desses cuidadores, principalmente no que diz respeito à promoção de hábitos de vida saudáveis.

**Palavras-chave:** Perfil de Saúde; Cuidadores; Hospitalização; Educação em Saúde; Humanização da Assistência.

### ABSTRACT

This study aimed to characterize caregivers of children and adolescents in a children's teaching hospital, located in the Santa Catarina coast, through quantitative research, descriptive character. For this application form in a grounded assessment instrument condition with modifications was performed. Identification, socioeconomic characteristics, lifestyle and health were collected. They were tabulated and analyzed in Microsoft Excel. Through the results it was revealed, among many things, the need to strategize and develop care projects and health promotion of these caregivers, particularly with regard to the promotion of healthy lifestyles.

**Keywords:** Health Profile; Caregivers; Hospitalization; Health Education; Humanization of Assistance.

## INTRODUÇÃO

Todos os anos, mais de um milhão de crianças no Brasil são hospitalizadas por diferentes causas. A hospitalização de uma criança criticamente enferma causa na família momentos de angústia, sofrimento e desespero. No contexto, a família vivencia uma ruptura em sua estrutura e funcionamento, na qual os pais percebem perder o poder sobre a criança, que passa a pertencer temporariamente à equipe da unidade (CASTRO NETO, 2000).

Diante do adoecimento do filho e dos muitos momentos difíceis que enfrentam, acabam necessitando de assistência médica, psicológica, nutricional, fisioterápica, entre outras. Embora os cuidadores reconheçam a importância da participação deles durante o tratamento, os mesmos podem manifestar sobrecarga em decorrência do cuidado prestado constantemente à criança/adolescente (ORTIZ; LIMA, 2007; MOREIRA; ANGELO, 2008; CAMARGOS, et al, 2009).

Os atributos definidores desta vulnerabilidade estão relacionados ao contexto da doença que gera incerteza, impotência, ameaça real ou imaginária, exposição ao dano, temor do resultado, submissão ao desconhecido e expectativas de retornar à vida anterior (CÔA; PETTENGILL, 2011).

Permitir que a família mantenha-se fortalecida e autônoma na situação de crise é um dos princípios fundamentais do cuidar que envolve dimensões de respeito ao ser humano, cujo princípio máximo deve emanar os preceitos éticos de tudo e todos que com esse ser lidam (HAINES; CHILDS, 2005).

A relevância da pesquisa se baseia no fato de que nas bases de dados brasileiras consultadas não foi encontrado um grande número de pesquisas envolvendo a caracterização de crianças e adolescentes, considerando que a caracterização dessa população se faz importante para elaborar e implementar estratégias de intervenção para com os mesmos. Mediante o exposto, o presente trabalho objetiva caracterizar os cuidadores das crianças e adolescentes atendidos em um hospital universitário infantil, localizado em um município catarinense.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo quantitativo de caráter descritivo, em um hospital universitário infantil, localizado em um município catarinense. Foi aplicado pelos



pesquisadores no mês de novembro de 2012 um formulário sobre qualidade de vida do cuidador, baseado no instrumento WHOQOL-100 de Fleck (1999). A população envolvida foi de cuidadores que acompanhavam crianças e adolescentes internados nas alas A e B do hospital. A amostra da pesquisa foi de 100 cuidadores de ambos os sexos, tendo como fatores de exclusão, aceitar participar da pesquisa e possuírem idade superior a 18 anos.

As variáveis coletadas a partir destes formulários constituíram questões de identificação (nome; sexo; idade; cidade em que reside; bairro em que reside; há quanto tempo reside na cidade; cor; estado civil), características socioeconômicas (renda; escolaridade; profissão; número de pessoas na família; parentesco com o hospitalizado; quantidade de cuidadores do acompanhante; há quantos dias estava acompanhando o hospitalizado), hábitos de vida e saúde (tabagismo, uso de bebida alcoólica, prática de exercício físico, uso de medicamentos contínuos, histórico de doença na família e como considerava a própria saúde. Os dados coletados foram tabulados com o auxílio do programa *Microsoft Excel®* e foram calculados os percentuais, médias e desvios padrão para posterior análise dos resultados.

## **RESULTADOS E ANÁLISE**

### **Dados de Identificação do Cuidador**

Dos 100 cuidadores, que acompanham as crianças, noventa e um (91%) eram do sexo feminino e nove (9%) do sexo masculino. Com base nos dados pode-se observar que a mulher é a principal cuidadora, fator este que está ligado diretamente ao papel social delegado a ela. Para compreender essa construção, devem-se considerar as variáveis históricas que permitem tomar a mulher como a responsável pelos cuidados infantis. A trajetória histórica da figura da mulher é decorrente de parâmetros culturais já enraizados e socialmente construídos, onde o papel de cuidar é uma atribuição feminina natural. À mulher foi destinado o espaço privado e ao homem o espaço público, quando um familiar necessita de cuidado, é como se ocorresse um despertar dos fatores causais da atribuição feminina, aqueles tradicionais como tomar conta, cuidar e tratar (BECK; LOPES, 2007). Sendo assim, é mais comum a mulher faltar ao trabalho do que homem nos casos em que um membro da família necessita de um cuidador (MACHADO et al, 2006).

## Perfil Socioeconômico

Ao perguntar quanto à cor, 68% da população entrevistada responderam ser de cor branca, 20% parda, 7% indígena, 4% negra e 1% amarela. Esse resultado pode ser comparado com dados mencionados por Silva et al(2011), os quais mostram que 16% da população que buscou atendimento de saúde em 2003 e 2008, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios - PNAD, eram brancos. Ou seja, da população que buscou os atendimentos de saúde nesses anos mencionados, os brancos, também representaram a maioria, seguido de 14% de negros e pardos.

Percebeu-se uma maior concentração (67%), da utilização do serviço de saúde em duas cidades e de 33%, em outras 12 cidades de Santa Catarina. Sendo que apenas 5% reside no centro de suas cidades e o restante (85%) reside em outros bairros. Quando perguntado há quanto tempo moravam em sua cidade atual, obteve-se uma média de 17 anos, com desvio padrão de 4 anos, sendo que o mínimo de tempo residindo na cidade foi de 1 ano e o máximo de 63 anos. Segundo Lima et al(2007), os fatores tempo, distância do percurso e forma de deslocamento, podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. Para esses autores, quando há a necessidade de deslocamento maior para procurar os serviços em outra cidade, o motivo principal, é que a população deseja ter um acesso facilitado e o melhor atendimento. As próprias experiências negativas, vivenciadas em suas cidades motivam as pessoas a procurarem outros lugares que atendam as suas expectativas. Por essa razão, percebe-se também, um número maior de pessoas que procuram os serviços de saúde onde foi realizada a pesquisa, mesmo não residindo tão próximo ao local.

Quanto ao estado civil, 47% dos entrevistados, eram casados, 22% solteiros, 16% declararam-se estar em união estável, 8% eram viúvos e 7% divorciados. Este número significativo de pessoas casadas se relaciona com o fato que a relação conjugal dos pais é importante para o estado emocional dos filhos, como explica Feres-Carneiro (2008), afirmando que é importante a boa relação entre os pais, para um melhor apoio aos filhos, principalmente se estes estiverem doentes. Portanto, o casamento dos pais pode influenciar positivamente ou negativamente a saúde da criança internada.

Sobre a renda familiar, 51% responderam ter renda familiar entre dois e três salários mínimos, 19% entre três e quatro salários mínimos, 16% apenas um

salário mínimo e 13% tem renda familiar de mais de quatro salários mínimos. Sendo que a média do número de pessoas na família, ou seja, que residem na mesma casa que os entrevistados, são de 4 pessoas, com desvio padrão de 1,5, o mínimo de pessoas na família é de 2 pessoas e o número máximo encontrado foi de 13 pessoas. Para Feliciano, Moraes e Freitas (2004), as pessoas de baixa renda têm maior risco de ficar doentes, como os idosos e as crianças. Porém, ao contrário do que a literatura traz, os achados quanto à renda familiar dos que utilizavam os serviços de saúde não são de pessoas com a menor renda. Isso pode ser explicado pelo aumento do número de mulheres, homens e jovens, que residem na mesma casa, trabalharem para ajudar com as despesas da casa, visto que atualmente apenas uma pessoa trabalhando, dependendo do salário que recebe, pode não conseguir sustentar toda a família.

Percebeu-se que entre os entrevistados, 62% tinham uma profissão, verificando-se que 26% responderam ser do lar, 4% aposentados, 4% estudantes, 4% autônomos. Um dado bastante significativo foi que 91% da população entrevistada foi do sexo feminino e que verifica-se um aumento destas no mercado de trabalho - a não ser em algumas situações, em que há a necessidade de substituir o emprego formal por outras atividades, como dedicar mais tempo ao lar e ao cuidado das crianças considerando os casos em que estas têm filhos recém-nascidos ou doentes – em contrapartida, Lindo et al(2007) expõe que o salário recebido por essas cuidadoras faz com que não seja viável pagar um funcionário para prover os cuidados de seus filhos. Na questão escolaridade, a maioria da população entrevistada respondeu ter o ensino médio completo, sendo este número correspondente a 33%, seguido de 18% de pessoas com ensino fundamental incompleto, 17% com ensino médio incompleto, 11% com ensino superior incompleto, 10% possuindo ensino fundamental completo, 6% ensino superior completo. Para Araujo et al (2012), é importante conhecer o nível de escolaridade dos cuidadores, pois estes recebem informações importantes da equipe de saúde quanto aos cuidados que se têm que ter com o internado, sobre a patologia do mesmo, entre outras. Segundo o mesmo autor, a pouca escolaridade poderia influenciar na aprendizagem, dificultando a compreensão do que acontece com o paciente.

## **Vínculo com o Hospitalizado**

A doença e hospitalização de uma criança afeta todos os membros da família e altera toda a dinâmica familiar, pois ao vivenciar a doença do filho, a família ingressa em um mundo novo, o mundo do hospital, cuja organização, dinâmica e lógica são muito diferentes de seu cotidiano, acarretando um elevado nível de estresse e ansiedade, principalmente quando a criança necessita de cuidados intensivos. Assim, a intensidade deste sofrimento pode apresentar variações de acordo com a doença, evolução clínica e prognóstico (DIAS; MOTTA, 2004; RIBEIRO, 2004). O adoecimento da criança é algo muito doloroso e angustiante para seus familiares, pois ela desempenha um papel muito importante no mundo da família, já que representa o futuro, a concretização dos sonhos e dos anseios dos pais, que passam a ver as possibilidades do filho como as suas próprias expectativas. A doença do filho, então, rompe com todos estes significados e com os projetos de futuro, acarretando um imenso sofrimento e estresse familiar (DIAS; MOTTA, 2004).

Atualmente, reconhece-se a importância da permanência dos pais no hospital e de seu envolvimento no processo saúde-doença-cuidado da criança. Tal consideração fundamenta-se nos trabalhos da psicologia, os quais apontam os problemas relacionados à separação da família no período de hospitalização (COLLET, ROCHA, 2003). No cotidiano hospitalar observa-se que, na maioria das vezes, a mãe é quem permanece junto ao filho durante todo o período da internação, ou quem vem visitá-lo com maior frequência. Quando se consegue estreitar o relacionamento com essas mães, nota-se que elas nutrem um intenso desejo de cuidar do filho durante o processo de internação, como uma forma de transmitir todo o seu amor, aumentar o vínculo mãe-filho e minimizar o sentimento de culpa, muitas vezes presente em face do adoecimento da criança (LIMA, ROCHA, SCOCHI, 1999).

Muito se tem falado em estratégias para incentivar a mãe a participar do cuidado ao filho hospitalizado, mas as práticas assistenciais brasileiras, na grande maioria das instituições, não incorporaram sistematicamente a mãe ou responsável neste cuidado, devido ao despreparo da equipe de profissionais, a qual ainda resiste muito a aceitar a presença da família da criança. Quando ocorre a inserção da mãe no cuidado, isto se faz de maneira inadequada, pois os profissionais delegam à mãe, durante a hospitalização da criança, atividades simples ou por vezes complexas, sem orientação e supervisão adequadas, pois o intuito desta ação fica restrito a

delegar/repassar tarefas (LIMA, ROCHA, SCOCHI, 1999; COLLET; ROCHA, 2003). Assim, embora tais cuidados façam parte do cotidiano hospitalar e componham o repertório de habilidades dos profissionais, todo e qualquer tipo de procedimento representa algo muito novo e abstrato para a população leiga, da qual provém grande parte dos usuários do sistema de saúde. Além disto, é preciso considerar que o momento de fragilidade da mãe/cuidadora costuma intensificar as suas dificuldades de compreensão.

### **Dados sobre a Saúde do Cuidador**

Quanto ao histórico de doença familiar, após a Diabetes *Mellitus*, as doenças mais citadas foram: Doenças Cardiovasculares, com 24%, em seguida a Hipertensão, com 21% e por fim o Câncer com 19%. Estes dados supracitados podem ser relacionados com os obtidos pelo Ministério da Saúde e publicados na cartilha “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022” (BRASIL, 2011b), que apontam que as doenças respiratórias crônicas, hipertensão arterial, câncer, diabetes, infarto e acidente vascular cerebral são as doenças que constituem o problema de saúde de maior magnitude no Brasil e correspondem a cerca de 70% das causas de morte no país.

Com relação à prática de exercícios físicos, após a caminhada, os exercícios físicos mais praticados foram: andar de bicicleta (21,62%); jogar futebol (8,10%); frequentar a academia (5,40%); e ginástica laboral, aulas de *jump* e natação (todos com 2,70%). As implicações positivas, tanto na esfera física quanto na esfera psíquica e mental, que a prática de exercício físico pode ter na vida da população já são bastante conhecidas, porém grande parte dos cuidadores entrevistados não possui o hábito de exercitar-se. É difícil dizer se este dado está diretamente relacionado ou não com a enfermidade da criança, sendo que existem diversas possíveis causas para falta de prática de exercício físico, porém, sabe-se que a saúde e os hábitos de saúde físicos e mentais do cuidador são fortemente influenciados pelo comportamento apresentado pela criança e pela demanda de cuidado que ela apresenta (CAMARGOS, et al, 2009).

Em relação ao uso de bebida alcoólica, as alternativas que apresentavam mais frequência de uso (“quatro vezes por semana” e “mais de quatro vezes por

semana”) não foram escolhidas nenhuma vez. É possível comparar esses dados com a pesquisa de Fernandes e Garcia (2009), onde o uso da substância alcoólica, assim como o tabagismo, teve pouca significância, sendo que pouco dos cuidadores entrevistados eram tabagistas, ou passaram a ser tabagistas quando assumiram o papel de cuidador, porém, esta mesma pesquisa evidenciou que um número significativo de cuidadores, utilizava medicamentos para dormir ou calmantes. Como relação ao uso do tabaco, o resultado da presente pesquisa (14% dos entrevistados são tabagistas) reflete os dados divulgados pelo Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer e Organização Pan-Americana da Saúde (BRASIL, 2011a) que afirmam a prevalência de uso do tabaco no Brasil é de 17,5% da população.

Dos cuidadores que afirmaram utilizar medicamentos de uso contínuo, 41% relataram fazer uso de anti-hipertensivos. Acredita-se que estes dados estejam relacionados ao fato de os anti-hipertensivos são utilizados para tratamento da hipertensão arterial sistêmica, e esta constituir a mais frequente doença cardiovascular e o problema mais relevante de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2010). Em segundo lugar, na presente pesquisa, aparecem os anticoncepcionais (contraceptivos) e os antidepressivos com 19%.

## **CONCLUSÃO**

Por meio dos dados coletados e analisados com os 100 cuidadores de crianças e adolescentes internados no hospital infantil, foi possível perceber a atribuição do papel de cuidador à mulher, principalmente as mães, considerando que 91% dos cuidadores eram do sexo feminino. Muitas dessas cuidadoras não realizam nenhuma atividade profissional (30%), sendo que outra parcela significativa das entrevistadas (18%), mesmo sendo consideravelmente jovens, possui baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto). Assim, fica explícito que a mulher ainda assume a função social de dona de casa, responsável pelo cuidado dos filhos e da família. Fica visível também, que apesar da mãe se apresentar como principal cuidadora, o adoecimento da criança é um fator que mobiliza outros membros da família, principalmente os avós, observando-se que o papel de cuidador é desempenhado com menor frequência pelo pai. Dessa forma, considera-se a importância de estimular o pai a responsabilizar-se pelos cuidados do filho, enfatizando a importância da presença de ambos para o bem estar e a recuperação

da criança durante sua internação, visto que a presença dos pais é de grande importância para a recuperação da criança ou adolescente hospitalizado. A participação dos pais no processo saúde e doença evita ou diminui sentimentos de insegurança, medo, angústia, estresse e de abandono pela separação temporária da família.

Quanto aos dados relacionados com o estado de saúde desses cuidadores, é possível considerar o fato da maioria dos entrevistados não praticar nenhum tipo de exercício físico (63%) e possuir histórico de doença familiar (61%), principalmente diabetes (36%). Por outro lado, como aspectos positivos, a grande maioria afirma não fazer uso de bebidas alcoólicas (80%) e nem ser tabagista (86%), porém uma parcela significativa (28%) faz uso de medicamentos de uso contínuo, entre os quais os antidepressivos aparecem com maior frequência. A maior parte dos cuidadores considera sua saúde como “boa”, ainda assim, fica evidente a necessidade de traçar estratégias e desenvolver projetos de atenção e promoção à saúde desses cuidadores, principalmente no que diz respeito à promoção de hábitos de vida adequados e saudáveis, sendo que essas estratégias devem ser de acesso gratuito, estando inseridas no sistema público de saúde, considerando que a grande maioria dos entrevistados afirmou ter renda familiar entre dois e três salários mínimos, outros 16% alegam renda de até um salário mínimo em contrapartida com 32% que recebem mais do que três salários mínimos mensais. Conclui-se também a importância da realização de mais pesquisas na área, para implementação de estratégias de intervenção adequadas a essa população, visto que se faz importante a criação de programas de atenção à saúde dos cuidadores.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Jeferson Santos; SILVA, Silvio Eder Dias da; SANTANA, Mary Elizabeth de; CONCEIÇÃO, Vander Monteiro da; VASCONCELOS, Esleane Vilela. O perfil representacional dos cuidadores de pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, vol. 3, n. 3, p. 852-864, 2012.

Disponível em:

<[http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/183/pdf\\_1](http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/183/pdf_1)> Acesso em: 06 dez. 2012.

BECK, Ana Raquel Medeiros; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores de crianças com câncer. **Rev. bras.**

**enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 670-675, nov-dez. 2007. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/09.pdf>> Acesso em: 17 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, ed.2, 2010. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/FTN\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/FTN_2010.pdf)> Acesso em 17 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab**: relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

CAMARGOS, Ana Cristina Resende; LACERDA, Tatiana Teixeira Barral de; VIANA, Sabrina Oliveira; PINTO, Lívia Renata Alves; FONSECA, Mara Luiza Santos. Assessment of the caregiver burden of children with cerebral palsy using the Burden Interview Scale. **Rev Bras Saúde Matern Infantil**, v.9, n. 1., p. 31-7, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292009000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292009000100004&script=sci_arttext)> Acesso em: 18 mar. 2013.

CASTRO NETO, Alfredo.. As fases turbulentas da hospitalização. **Rev Pediatria Moderna**, v. 4, n. 36, p. 245-7, 2000. Disponível em:  
<[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=761&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=761&fase=imprime)> Acesso em: 18 mar. 2013.

CÔA, Thatiana Fernanda; PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Rev Esc Enferm**, n. 45, v. 4, p. 825-32, 2011. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en\\_v45n4a05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a05.pdf)> Acesso em: 18 mar. 2013.

COLLET, Neusa; ROCHA, Semiramis Melani Melo. Participação e autonomia da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Rev Bras Enferm.** ed. 56, n. 3, pag. 260-4, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a09v56n3.pdf> > Acesso em: 18 mar. 2013.

DIAS, Silvana Maria Zart; MOTTA, Maria da Graça Corso. Prática e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. **Cienc. Cuid. Saúde**. ed. 3, n. 1, pag. 41-54, 2004. Disponível em:  
<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5515/3507>> Acesso em: 18 mar. 2013.

FELICIANO, Adriana Barbieri; MORAES, Suzana Alves de; FREITAS, Isabel Cristina Martins de. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, nov-dez, 2004. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000600015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600015)> Acesso em: 18 mar. 2013.



FERES-CARNEIRO, Terezinha. Pesquisa e Prática Clínica: Construindo Articulações Teóricas. **Psicol. Reflex. Crit.** PUC, Rio de Janeiro, v. 21(3), n.349-355. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n3/v21n3a02.pdf>> Acessos em: 18 mar. 2013.

FERNANDES, Alba Barros Souza. Existe Relação Entre Sobrecarga do Cuidador, Perfil Funcional e Qualidade de Vida na Paralisia Cerebral? **Rev. Neurociências**, n. 20, v.3, 2012. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2003/editorial%2020%2003/Editorial%2020%2003%20Alba.pdf>> Acesso em: 18 mar. 2013.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; GARCIA, Telma Ribeiro. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, Dec.2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a12v43n4.pdf>> Acesso em: 06 dez. 2012.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; LEAL, Ondina Fachel; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta; CHACHAMOVICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, Lyssandra dos; PINZON, Vanessa. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, Mar.1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100006&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 18mar.2013.

HAINES, Caroline.; CHILDS, Helen. Parental satisfaction with paediatricintensive care. **PaediatrNurs**, v. 17, n. 7, p. 37-41, 2005.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva; RAMOS, Donatela Dourado; ROSA, Raquel Borba; NAUDERER, Taís Maria; DAVIS, Roberta. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, Mar.2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100003&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 18mar.2013.

LINDO, Maíra Riscado; CARDOSO, Patricia Mendonça; RODRIGUES, Mônica Esteves; WETZEL, Ursula. Vida Pessoal e Vida Profissional: os Desafios de Equilíbrio para Mulheres Empreendedoras do Rio de Janeiro. **RAC-Eletrônica**, v. 1, n. 1, p. 1-15, Jan./Abr. 2007. Disponível em: <[http://www.anpad.org.br/periodicos/arq\\_pdf/a\\_621.pdf](http://www.anpad.org.br/periodicos/arq_pdf/a_621.pdf)> Acesso em 18 mar. 2013.

MACHADO, Heloisa Beatriz; SOUZA, Maria Gorete de; MACHADO, Carolina; REBELLO, Bárbara. Percepção de familiares de crianças internadas sobre o papel dos cuidadores. **Fam. Saúde Desenv**, Curitiba, v.8, n.1, p.49-55, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/7998/5643>> Acesso em: 18 mar. 2013.

MOREIRA, Patrícia Luciana; ANGELO, Margareth. Becoming a mother of a child with cancer: building motherhood. **Rev. Latino am. Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 355-61, 2008.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/04.pdf>> Acesso em: 18 mar. 2013.

ORTIZ, Maria Carolina Alves; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Experiences of families with children and adolescents after completing a cancer treatment: support for the nursing care. **Rev. Latino am. Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 411-7, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/v15n3a08.pdf> > Acesso em: 18 mar. 2013.

RIBEIRO, Nair Regina Ritter. **A família enfrentando a doença grave da criança.** In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizadoras. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: EDUEM. ed. 2, pag. 183-97, 2004.

SILVA, Zilda Pereira da; RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; BARATA, Rita Barradas; ALMEIDA, Marcia Furquim de. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9 sept. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001000016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000016&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 18mar.2013.

## **EFETIVIDADE DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA**

**Sandra Dominguni Darolt**

Enfermeira Especialista em Atenção Básica/Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense -sandraddarolt@hotmail.com

**Simoni Leal Justo**

Enfermeira Especialista em Atenção Básica/Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense -simonijusto@hotmail.com

**Mônica Dal Pont Bonfante**

Acadêmica da 8ª fase de Enfermagem - Universidade do Extremo Sul Catarinense - monicadalpont@hotmail.com;

**Ioná Vieira Bez Birolo**

Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde – Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família - Universidade do Extremo Sul Catarinense - ionavieira71@hotmail.com

**Cristiane Damiani Tomasi**

Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde - Universidade do Extremo Sul Catarinense - Cristiane\_damiani@hotmail.com

**Luciane Bisognin Ceretta**

Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde - Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família - Universidade do Extremo Sul Catarinense - luk@unesc.net

### **RESUMO**

A pesquisa tem o objetivo de avaliar a efetividade dos grupos de educação em saúde do Programa Nacional de Controle do Tabagismo em um município do Sul de SC. Com abordagem qualitativa do tipo descritiva, transversal, retrospectiva e de campo. Para coletar os dados utilizou-se a entrevista semiestruturada e questionário. Participaram da pesquisa os participantes do Grupo de Controle do Tabagismo dos anos de 2007 a 2011. A análise dos dados qualitativos foi realizada com a técnica de análise de conteúdo e a análise dos dados quantitativos com o SPSS. Realizou-se contato telefônico com 167 participantes, dos quais, 52 cessaram o tabagismo por mais de 06 meses; 72 concluíram o do Grupo de Controle do Tabagismo e não cessaram com o tabagismo por pelo menos 06 meses e; 43 evadiram do Grupo de Controle do Tabagismo. Os motivos de não conseguir cessar o uso do tabaco está diretamente ligado a problemas familiares, transtornos de ansiedade e alimentares. Salienta-se a importância da educação em saúde como estratégia contínua, pois se trata de uma condição crônica e como tal deve ser enfrentada.

**Palavras-chave:** Tabagismo; Doença Crônica; Educação em Saúde; Integralidade em Saúde.

## ABSTRACT

The research aims to evaluate the effectiveness of groups in health education by the National Program for Tobacco Control in a county in southern SC. With Qualiquantitative type approach descriptive, cross-sectional, retrospective and field. To collect the data we used the semi-structured interviews and a questionnaire. Participated in the survey participants Tobacco Control Group the years 2007-2011. A qualitative data analysis was performed with the technique of content analysis and analysis of quantitative data with SPSS. Telephone contact was made with 167 participants, of whom 52 stopped smoking for more than 06 months; 72 completed the Tobacco Control Group did not cease with smoking for at least 06 months and; 43 escaped the Group of Tobacco Control. The reasons of failing to cease tobacco use is directly linked to family problems, anxiety and eating disorders. Stresses the importance of health education as a continuous strategy because it is a chronic condition and as such should be addressed.

**Keywords:** Smoking; Chronic Illness; Health Education; Integrality in Health.

## INTRODUÇÃO

O tabagismo, doença crônica devido a dependência da nicotina, se encontra na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), com fator de risco isolado de **doenças** graves e fatais. É classificada como um transtorno mental, comportamental. (BRASIL, 2001)

Os dados de Mendes (2012) mostram números importantes da atuação do tabagismo como agravante de doenças por potencializar fatores de risco para doenças cardiovasculares e respiratórias. O número de óbitos em decorrência do tabagismo chega a 45% por doenças coronarianas, 85% por doenças pulmonar obstrutiva crônica, 25% por doenças cerebrovasculares, 30% são por câncer, e 90% por câncer de pulmão.

O tratamento do tabagista deve ser avaliado fazendo parte das rotinas de atendimento de Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) da mesma maneira como é realizado para hipertensão e diabetes. (BRASIL, 2011)

Dentro deste contexto, no Brasil, as políticas públicas para o controle do tabaco são bastante avançadas quando comparadas aos outros países em desenvolvimento, porém ainda há muito que trabalhar em prol da erradicação do fumo, tendo em vista o número de fumantes em torno de 24 milhões em dependência da nicotina. Com intuito de diminuir estes números, o Instituto Nacional de Câncer -

INCA/MS desenvolve, há mais de 20 anos, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT, visando prevenção de maiores agravos de maneira ampla e o controle do câncer relacionado ao uso do tabaco, com ações de cuidados com a alimentação, pele e estímulos à prática de atividades físicas. (PEREZ et. al, 2011)

O PNCT como sendo uma proposta da qual se concretiza o SUS, é realizado conforme a análise das necessidades de saúde de cada população de acordo com seus aspectos demográficos e epidemiológicos. Esta realidade não pode ser comparada com os países mais desenvolvidos, sendo ela definida, como tripla carga de doenças por envolver várias patologias que decorre o ato de fumar, bem como, o desafio das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e de seus fatores de riscos. (MENDES, 2010)

As DCNT são consideradas preocupantes por ser responsáveis por 72% das causas de morte e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda. A taxa de mortalidade no Brasil, em 2007, chegaram a 540 por 100 mil habitantes. Porém na última década, observou-se redução de 20% principalmente nas doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período. Este comportamento pode ser atribuído ao desenvolvimento pelo qual estão passando a atenção primária, com melhoria da assistência à população, ações de educação em saúde que subsidia na redução do tabagismo que de 1989 para 2010 teve uma queda de 34,8% para 15,1%. (BRASIL, 2011)

Para que seja modificada a realidade de uma população, faz-se uso da estratégia de educação em saúde, onde se estabelece relação profissional/usuário transpondo a ideia de passar informação, e sim, desenvolver de maneira dialogada para que o usuário reflita sobre comportamentos a serem adotados, suas condições de saúde e pondere os melhores e mais adequados caminhos para modificar e/ou adequar seus padrões de saúde-doença, com base na reflexão, consciência e autonomia. (CORIOLANO, 2012)

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de uma pesquisa com abordagem qualiquantitativa, exploratória descritiva, transversal, retrospectiva e de campo.

O critério de inclusão usado para os participantes foram: Aceitação para participar da pesquisa de acordo com a Res. 196/96; Ter participado do Programa Municipal do Controle do Tabagismo no município pesquisado; Maior de dezoito anos e com condições de responder as perguntas; Com dados disponíveis para devida localização; Ter dados disponíveis para devida localização e contato.

Os critérios de exclusão dos participantes seguiram nos critérios contrários ao de inclusão descritos.

A pesquisa foi realizada em um município localizado no Extremo Sul de Santa Catarina. Participaram da pesquisa: 558 participantes dos GCT no período de 2007 a 2011, dos 558 participantes dos GCT, 167 corresponderam aos critérios de inclusão e fizeram parte da amostra enquanto que 391 corresponderam aos critérios de exclusão que deu-se pelos seguintes motivos: 58 não atenderam ao telefone, mesmo após três tentativas em dias diferentes; 26 por número inexistente; 02 falecidos, 01 por não ter condições cognitivas para responder as perguntas; e, 304 por falta de informação nos cadastros; A responsável por uma Unidade de Saúde não forneceu a quantidade, nomes e números de telefone para a pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, individual via telefone respeitando os princípios éticos da pesquisa da Resolução. 196/96. (BRASIL, 196/96)

Os dados qualitativos foram analisados conforme técnica de Análise de Conteúdo com critérios de categorias e subcategorias. Para a análise quantitativa, os dados foram tabulados em planilhas do Excel após analisados utilizando-se o *software* estatístico SPSS® 20. As variáveis categóricas foram analisadas utilizando teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher ou Mann-Whitney conforme indicado. Sendo considerada a diferença estatisticamente significativa quando  $p \leq 0,05$ .

A partir de informações da UBS e condutores/facilitadores do GCT, construiu-se uma lista de participantes dos GCTs de 2007 a 2011, em seguida, contatou os sujeitos via telefone, onde foram bem receptivos, mostraram-se comunicativos e disponíveis em colaborar com a pesquisa.

Para coletar os dados de forma organizada criaram-se três planilhas correspondentes as características dos grupos:

**Grupo 1 (G1)** – Participantes que evadiram do GCT;

**Grupo 2 (G2)**- Participantes que concluíram o GCT ,e não abandonaram o uso do cigarro por pelo menos seis meses;

**Grupo 3 (G3)** - Participantes que concluíram o GCTe abandonaram o uso do cigarro por mais de seis meses.

## RESULTADOS/DISCUSSÃO

Percebe-se que a população que mais procurou o GCT nos G1, G2 e G3 foram pessoas com idade entre 40 a 59 anos (68,3%). Sendo que a maior população foi do sexo feminino (71,3%), com predomínio de pessoas casadas (65%) e a religião católica (76%).

Barros et. al (2011) constatam que a prevalência de fumantes na Região Sul do Brasil é maior entre os homens (21,2%) enquanto as mulheres (13,8%) aparecem em menor número. Os autores verificaram ainda que a proporção de fumantes aumenta com a idade até os 59 anos e cai abruptamente entre os idosos acima de 60 anos.

A presente pesquisa aponta maior número de mulheres procurando cessar o uso do cigarro. Das entrevistadas 22,2% conseguiram alcançar o objetivo, enquanto dos homens apenas 9%. Sobre a faixa etária o maior número está entre as idades de 41 a 59 anos seguidas dos 20 aos 40 anos. Concordando com a faixa de idade em que se concentra o maior número de fumantes no Brasil que é de 20 a 49 anos segundo o Instituto Nacional de Câncer.

Quanto ao nível de escolaridade, houve maior concentração entre os que não haviam completado o ensino fundamental (36,6%) nos grupos 1 e 2. No grupo 3, predominou o ensino fundamental completo.

No item profissão, sobressaíram os aposentados e as mulheres trabalhadoras do lar, nos três grupos. Os aposentados (11,38%), as trabalhadoras do lar (8,98%) e os que trabalham em escritórios (8,38%) foram os que mais participaram do GCT, porém não conseguiram parar o uso do tabaco (G2). Entre os que conseguiram cessar o uso do tabaco (G3) estão: as trabalhadoras do lar (8,98%), os aposentados (7,78%) e os trabalhadores autônomos (5,39%). Quanto aos participantes que evadiram do grupo (G1) os aposentados (4,79%) também apresentaram maior número na amostra estudada seguidas das costureiras 3,59% e dos profissionais de saúde (2,99%).

Constatou-se que 55,6% entrevistados não conviviam com fumantes, sendo que 18% se concentrava no G1 que desistiu do grupo e 22,6% encontravam-se no G2 que não conseguiram parar de fumar.

No entanto, a resposta foi positiva em 44,40% dos entrevistados, e destes, a maioria convive com fumantes em sua própria casa (59,3%) e no trabalho (23,7%). Dos que convivem em casa, 32,9% fazem parte do G2, podendo ser um dos motivos da recaída e insucesso tratamento.

O estudo realizado pelo setor de psicologia do Hospital do Coração confirma que morar com outros fumantes é um dos fatores de risco para a recaída dos tabagistas. (IEP/HCOR, s/a)

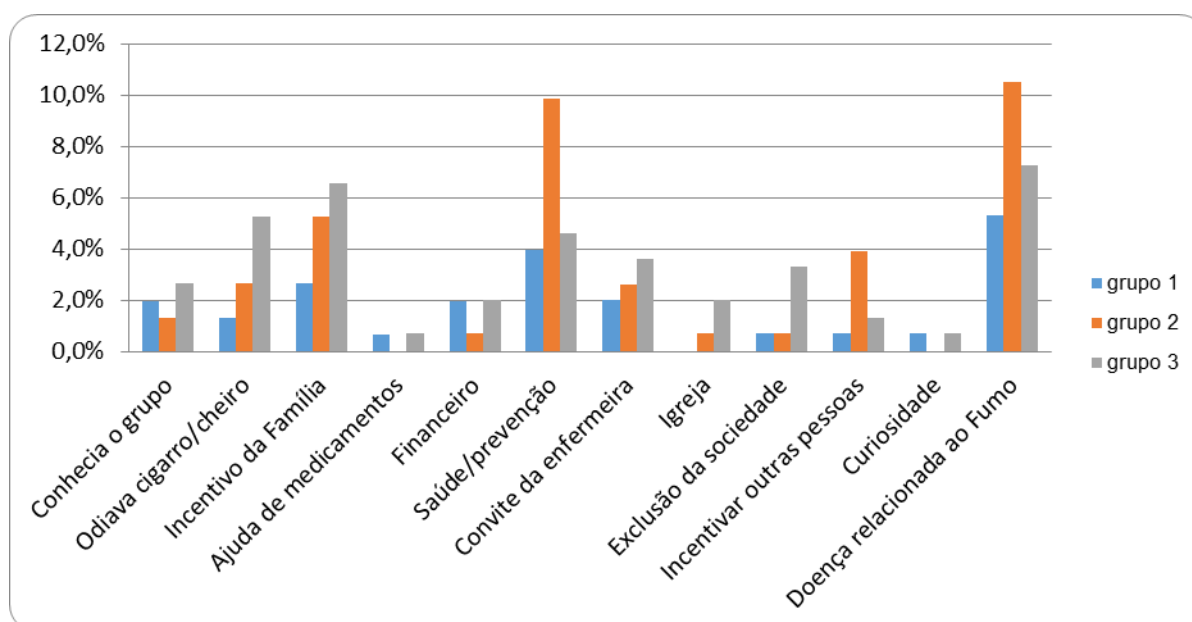
Falcão & Costa (2008) Corroboram com a pesquisa quando afirmam que dentre os entrevistados, 44,6% disseram existir mais algum fumante dentro de sua casa, o que dificultava o abandono do vício, sendo que 80% dos fumantes tinham amigos também fumantes. Esta convivência pode acarretar na recaída ao vício àqueles que, de alguma maneira tem maiores entraves para abandoná-lo. São muitas as variáveis que podem comprometer o tratamento, o tempo de uso do cigarro é uma delas.

O tempo de uso do cigarro que mais predominou entre os entrevistados foram de 26 a 35 anos de uso para os grupos 2 e 3, os que participaram e não conseguiram parar e os que conseguiram cessar o uso do cigarro, respectivamente. No grupo dos que evadiram prevaleceu o tempo de uso de 36 a 45 anos.

Percebeu-se nas entrevistas que os participantes que haviam fumado por mais tempo possuía maiores dificuldades para deixar a dependência. As tentativas culminavam em recaídas após algumas semanas de abstinência. Concordando com estudos já apresentados que tabagistas com maior grau de dependência nicotínica oferecem maior dificuldade de abandono da dependência. (MEIER, VANUCHI & SECCO, 2011)

Constata-se na figura 01 que a população tabagista entrevistada procurou o GCT por estar com alguma patologia relacionada ao hábito de fumar (10,5%) ou por preocupação com a saúde buscando a prevenção (9,9%) com maior prevalência no G2. O G3 concentrou maior número nas doenças relacionadas ao uso do cigarro (7,2%) seguidos do incentivo da família (6,6%) e do descontentamento com o odor exalado pelo cigarro nas roupas e no ambiente.



**Figura 01 - Motivo da procura pelo GCT**

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Dos participantes que descontinuaram a participação no GCT 16,8% já haviam tentado parar de fumar em outras oportunidades, 9% era a primeira vez. Dos que não conseguiram interromper o uso do tabaco, 22,8% já haviam tentado anteriormente e 20,4% estavam em sua primeira tentativa. Enquanto que, o grupo que conseguiu cessar o uso do tabaco, 19,2% estava tentando pela primeira vez e 12% já havia experienciado uma tentativa.

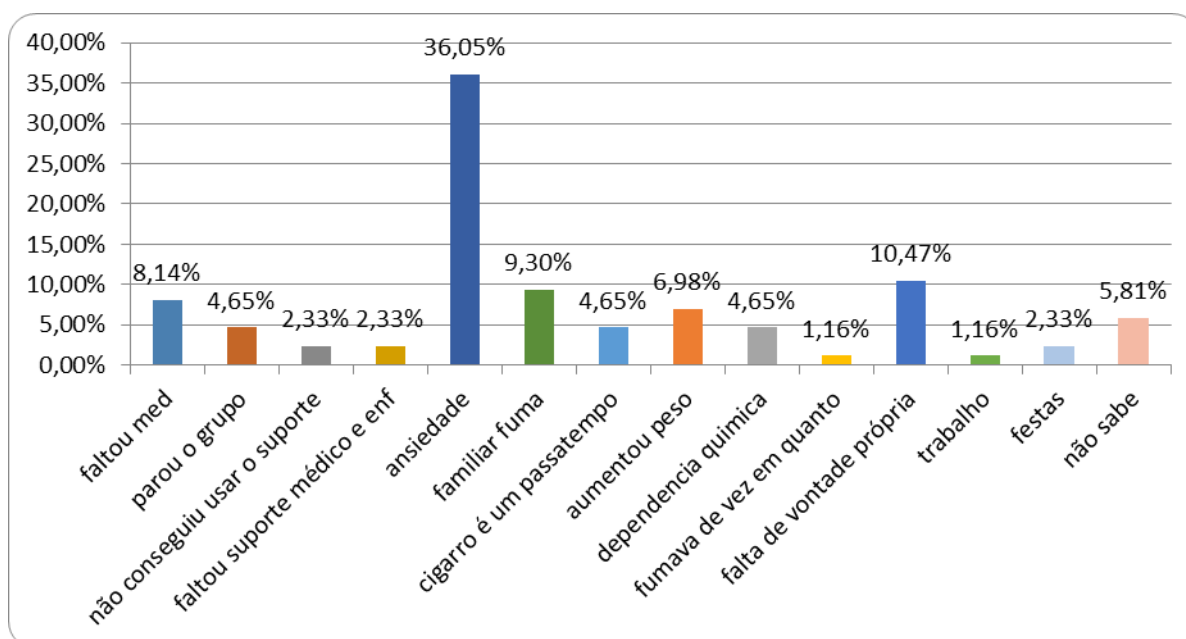
Foi perguntado aos componentes do G1 porque haviam desistido de frequentar o GCT. A maioria (36,5%) revelou que a ansiedade aumentou com o pensamento e tentativa de parar o uso do tabaco. Vários entrevistados relataram a desistência quando perceberam que não conseguiriam parar de fumar e sentiam – se envergonhados de relatar aos demais o fracasso. O segundo motivo de abandono do GCT foi falta de vontade própria (10,46%), não se sentiam preparados nem motivados para a tentativa de largar o vício. A convivência com familiar fumante apareceu em terceiro lugar nas citações dos entrevistados, seguidos de falta de apoio medicamentoso e aumento de peso.

Podem-se associar os relatos de ansiedade a falta de avaliação clínica e apoio medicamentoso adequado para cada caso, uma vez, que os entrevistados relataram a falta do medicamento e o uso incorreto do Bupropiona, tomando o medicamento quando pensavam ser conveniente. Faz-se necessário

acompanhamento mais intensivo e orientações sobre as ações dos fármacos no tratamento do tabagismo.

A figura 02 que segue revela os demais motivos apresentados pelos entrevistados.

**Figura 02 - Motivo da evasão dos participantes do G1.**



**Fonte:** Dados da pesquisa.

Os motivos da desistência do GCT apresentados por Meier, Vanuchi & Secco (2011) foram atribuídos ao tipo de terapia utilizada, e ao apoio medicamentoso. Faz-se necessária revisão dos fatores que levam o tabagista abandonar o GCT, pois além do grau de motivação, a alteração da estrutura do grupo e a maior disponibilização da medicação parecem ter efeito positivo nos resultados.

Com relação a satisfação dos entrevistados dos três grupos referentes ao GCT, apresentou os seguintes resultados: G3 11,9% disseram que foi muito importante pois sabem que conseguem parar, seguidos da satisfação pela melhora na saúde (5,9%) e o estímulo à reflexão (4,6%) sobre os malefícios do fumo e os benefícios que a cessação do mesmo causa no dia a dia.

No G2 a concentração maior de opiniões foi também o fato de perceberem a possibilidade de parar de fumar, mesmo não conseguindo nesta experiência, relataram ter intenção de continuarem tentando. O conhecimento (6,8%) adquirido com o GCT e as amizades (5,5%) formadas são motivos para não desistirem de tentar

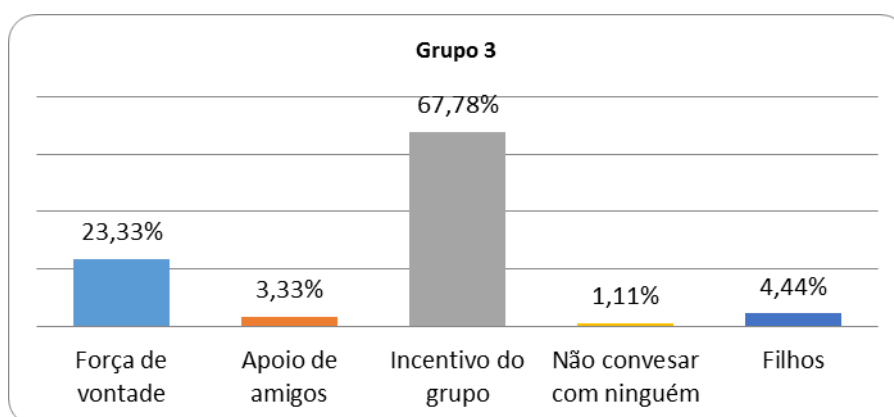
abandonar o tabaco. Alguns entrevistados relataram que “*é importante ver no grupo as pessoas com o mesmo propósito que o seu. Todos no mesmo barco*”.

No G1 os participantes mencionaram que nos poucos encontros participados também perceberam conseguem parar de fumar (6,4%), “*precisa ter vontade*.” Nas entrevistas foi mencionado pelos participantes o desejo de tentar o abandono do tabaco em outro momento. Em seguida surgiu em maior número o conhecimento (5%) que o GCT proporciona e 3,7% não souberam responder sobre a satisfação com o GCT.

Os entrevistados que não conseguiram cessar o uso do cigarro participando do GCT responderam que não encontraram nenhum ponto negativo (51,25%) no GCT. Seguidos de 11,25% que disseram que o ponto negativo vem deles mesmos, na dificuldade de abandonar a dependência e 7,5% que disseram serem “*poucos os encontros, deveriam ter mais encontros semanais, pois fica muito tempo sem reunião, onde acontece a recaída*”.

A pesquisadora perguntou ao G3 o que mais influenciou para conseguir o sucesso do tratamento. A figura três mostra que 67,78% mencionaram o GCT como motivador e responsável pelo sucesso do tratamento. Em seguida a menção da força de vontade própria foi considerável, 23,33% disseram ser necessário ter vontade e determinação para conseguir o objetivo e 4,44% disseram ter parado de fumar pelos filhos.

**Figura 03-Motivação para o sucesso para o tratamento - G3.**

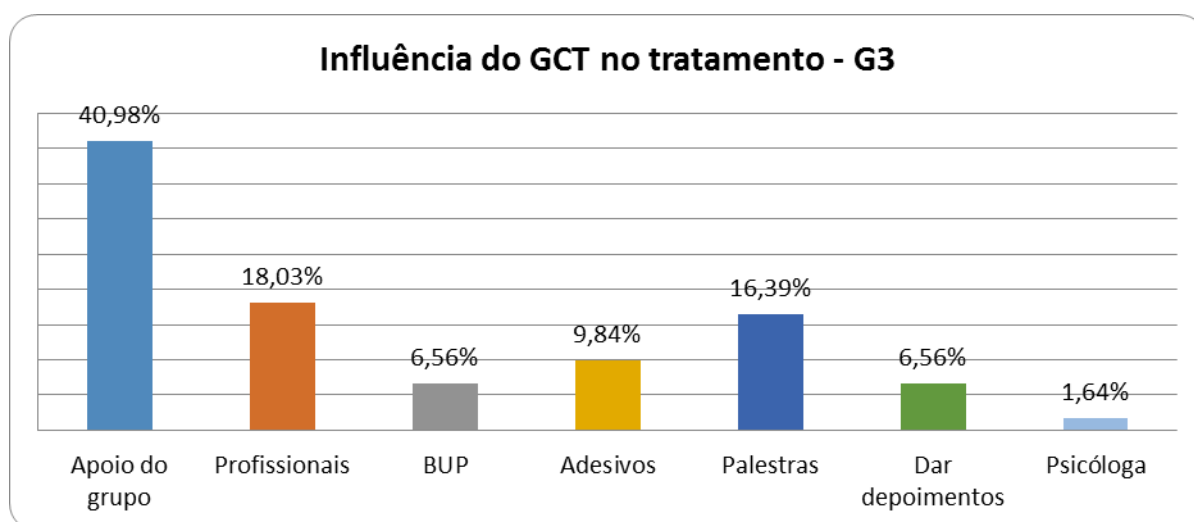


**Fonte:** Dados da pesquisa.

Destes que afirmaram que o GCT foi o responsável para que conseguissem abandonar a dependência, foi perguntado o que mais influenciou com relação a

estruturação e formatação do grupo. O apoio do grupo como um todo apareceu em 40,98% seguido do incentivo dos profissionais (18,03%) mencionado como grande motivador para a obtenção do objetivo. As palavras de apoio, a alegria, força de vontade, aliado ao conhecimento formaram as opiniões dos entrevistados. Confere-se na figura que segue que as “palestras” (16,39%) realizadas pelos profissionais condutores e/ou equipe multiprofissional aparecem à frente dos adesivos e do medicamento Bupropiona que se nivelou aos depoimentos dos ex – fumantes que eram convidados a participar do GCT, contando suas experiências.

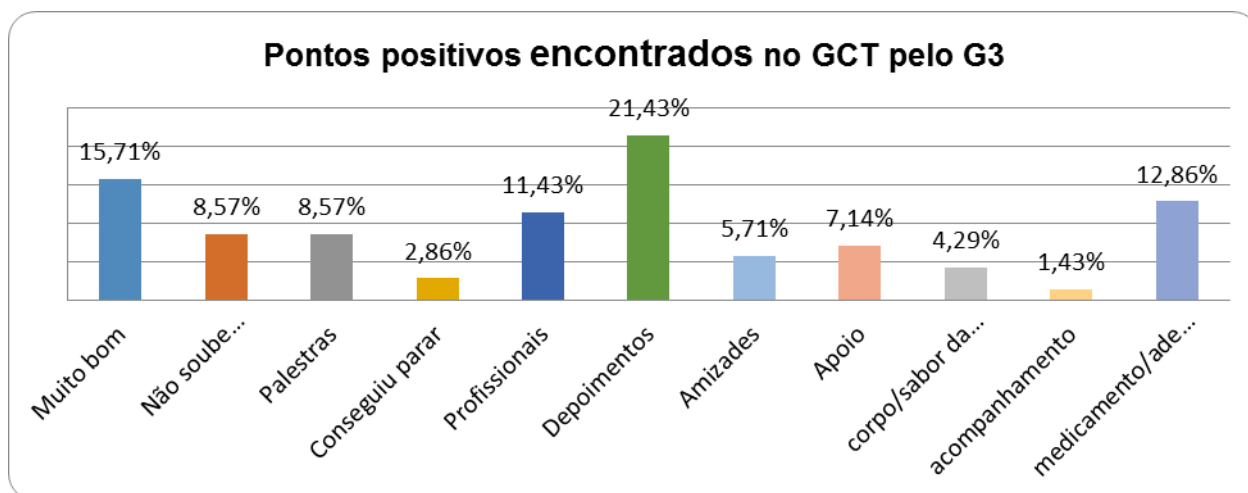
**Figura 04** - Influência do GCT para o sucesso do tratamento nos participantes do G3



**Fonte:** Dados da pesquisa.

O G3 pontuou como positivo na conquista do objetivo, os depoimentos realizados por outros participantes convidados que compartilhava a experiência vivida no GCT, às dificuldades enfrentadas e os métodos usados para amenizar e driblar os problemas e ansiedades que a abstinência causa.

Na figura 05 observam-se os pontos positivos relatados pelo grupo que conseguiu abandonar o tabaco.

**Figura 05-**Pontos positivos encontrados no GCT pelo G3.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Dos entrevistados do G3 35,6% são do sexo feminino e 14,5 % são do sexo masculino, estes, estão sem fumar entre dois anos a dois anos e seis meses. Entre os participantes que conseguiram cessar o uso do cigarro as mulheres são mais prevalentes na maioria dos períodos sem cigarro, (tabela 4), são elas que procuram com maior frequência os GCT, já os homens são mais prevalentes entre os fumantes.

Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo fumam. Enquanto nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica: 42% dos homens e 24% das mulheres têm o comportamento de fumar. (MS/INCA)

Segundo Godoy (2010) o tabagismo é causador de mais de 80% dos casos de óbitos por câncer de pulmão nos homens, e mais de 45% nas mulheres. Contudo, dados do Ministério da Saúde, nos últimos dez anos, mostram o crescimento da doença de 57% para os homens e 112% entre as mulheres brasileiras.

Os entrevistados quando questionados se receberam acompanhamento de saúde pelos profissionais das unidades após o término do GCT, responderam que não tiveram *“nem uma ligação para ver como estavam”*. Estes relataram o desejo de continuar os encontros, pois com as reuniões se sentem amparados das possíveis recaídas. O participante do G2 relatou que *“se tivessem mais encontros não teria voltado a fumar”*.

Os números mostram a falta de acompanhamento e atenção à saúde dos ex-tabagistas (90,38%) por parte dos profissionais das unidades que geraram o GCT.

Os demais (9,62%) tiveram algum acompanhamento de saúde, porém nem todos foram ofertados pela unidade de saúde, o próprio participante que procurou auxílio.

No momento da ligação observou-se a carência de alguns entrevistados, que necessitavam de apoio e diálogo. A pesquisadora recebeu vários agradecimentos pela iniciativa e pedidos de novas ligações para que pudessem conversar sobre o assunto.

Percebe-se nos números apresentados e nas falas dos entrevistados que ao término do grupo eles sentem um abandono que pode resultar na recaída do vício, uma vez que, o apoio do grupo é o responsável pelos resultados positivos constatados na pesquisa.

Comprova-se com estes números a necessidade do acompanhamento após término do GCT. Uma vez que, os entrevistados relataram no momento das respostas que precisariam de acompanhamento. Foram várias as queixas de abandono e falta de conversar sobre o assunto.

## **CONCLUSÃO**

Foram entrevistados 167 integrantes dos GCT que participaram nos anos de 2007 a 2011. Do total, 42 evadiram do GCT antes do término; 73 frequentaram o GCT, porém não conseguiram cessar o uso do tabaco por mais de seis meses; e 53 alcançaram o objetivo, cessaram o uso do tabaco por mais de seis meses e destes 04 recaíram.

Sobressaíram na pesquisa nos três grupos estudados: idade de 41 a 59 anos; sexo feminino; estado civil casado; religião católica; ensino fundamental incompleto; aposentado; e do lar.

O tempo de uso do cigarro que mais predominou entre os entrevistados foram de 26 a 35 anos de uso para os grupos 2 e 3, os que participaram e não conseguiram parar e os que conseguiram cessar o uso do cigarro, respectivamente. No grupo dos que evadiram prevaleceu o tempo de uso de 36 a 45 anos.

A procura ao GCT se deu por haver alguma patologia relacionada ao hábito de fumar (10,5%) ou visando a prevenção (9,9%) com maior prevalência no G2. O G3 concentrou maior número de procura devido às doenças relacionadas ao uso do cigarro (7,2%) seguidos do incentivo da família (6,6%) e do descontentamento com o odor exalado pelo cigarro nas roupas e no ambiente.

Dos participantes que descontinuaram a participação no GCT 16,8% já haviam tentado parar de fumar em outras oportunidades, 9% era a primeira vez. Dos que não conseguiram interromper o uso do tabaco, 22,8% já haviam tentado anteriormente e 20,4% estavam em sua primeira tentativa. Enquanto que, o grupo que conseguiu cessar o uso do tabaco, 19,2% estava tentando pela primeira vez e 12% já havia experienciado uma tentativa.

A ansiedade seguida da falta de motivação e o fato de ter outro familiar fumante foram motivos da evasão do GCT.

Os participantes dos três grupos se mostram satisfeitos com o GCT, devido a percepção da possibilidade de cessar definitivamente o vício, melhora na qualidade de vida e o conhecimento adquirido no GCT são motivos para não desistirem de tentar abandonar o tabaco.

Dos que pararam o uso do cigarro 67,78% conferem o sucesso ao incentivo que o grupo proporciona no decorrer do tratamento. Destes, atribui a influência todo o contexto e metodologia do GCT seguido da postura motivacional do profissional que conduz o grupo e o conhecimento adquirido por meio da educação em saúde. Porém 23,3% conferem a sua própria determinação em querer cessar o uso do tabaco, e 4,4% pararam de fumar pelos filhos.

Os depoimentos de ex- tabagistas que cessaram o uso do cigarro por meio do GCT é visto como positivo pelos participantes, pois, contribui no enfrentamento das dificuldades por meio de exemplos de driblar os problemas e ansiedades que a abstinência causa. Entre os participantes que conseguiram cessar o uso do cigarro as mulheres são mais prevalentes na maioria dos períodos sem cigarro, são elas que procuram com maior frequência os GCT, já os homens são mais prevalentes entre os fumantes.

A pesquisa constata a falta de acompanhamento e atenção à saúde dos ex-tabagistas por parte dos profissionais das unidades que geraram o GCT e/ou unidades a que pertencem. Em se tratando de uma condição crônica a mesma deve ter cuidado continuado e fazer parte das rotinas de atendimento das UBS.

Os participantes sentem-se desamparados com o término do grupo e temerosos em resultar numa recaída ao vício, já que o GCT se mostrou efetivo no tratamento dos tabagistas. Contudo faz-se necessário o acompanhamento mais intensivo com orientações sobre as ações dos fármacos no tratamento do tabagismo.

Observou-se que os participantes mesmo sem conseguirem cessar o uso do tabaco sentem-se vitoriosos e motivados para uma nova tentativa.

Dentro deste contexto a pesquisadora percebe a necessidade de implementar estratégias que venham a prevenir recaída do ex-tabagista no estágio de mudança. Sugerem-se grupos de apoio aos ex-tabagistas como prevenção de recaída ao tabaco, com avaliação permanente de saúde, acompanhamento grupal e utilização de métodos que possibilitem ao indivíduo continuar a troca de experiência e efetivar o instrumento de ajuda no decorrer do processo. O propósito desta manutenção é promover o aprendizado, evitar a recaída futura, amenizar carências e incorporar a mudança de estilo de vida.

O grupo poderá acontecer uma vez no mês com a reunião aberta aos ex-tabagistas, na oportunidade abordar-se-á assuntos referentes a prevenção de recaídas, incentivos a mudança de estilos de vida, momento de interação, desabafos e descontração.

Desta forma efetivar-se-á o preconizado pelo SUS, trabalhar para promoção da saúde e prevenção de agravos por meio de educação em saúde em grupos terapêuticos com subsídios trazidos pelos próprios participantes na formação de uma reflexão crítica e para o aumento da resolutividade no processo da cessação do tabaco.

## REFERÊNCIAS

BARROS, A. J. D. et al. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. **Rev. Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.9, pp. 3707-3716. ISSN 1413-8123.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional De Saúde. Resolução 196 de 1996**. Brasília. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html> Acessado em: Dezembro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. INCA – **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**, 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/> acessado em dezembro de 2011.

CORIOLOANO, M. W. de L. et al. **Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas**. Trab. educ. saúde [online]. 2012, vol.10, n.1, pp. 37-59. ISSN 1981-7746



FALCÃO, T. J. de O. & COSTA, I. do C. C. **O tabagismo em um município de pequeno porte: um estudo etnográfico como base para geração de um programa de saúde pública.** J. bras. pneumol. [online]. 2008, vol.34, n.2, pp. 91-97. ISSN 1806-3713

GODOY, I. **Prevalence of smoking in Brazil: additional measures for smoking control should be a priority in the Year of the Lung.** J. bras. pneumol. [online]. 2010, vol.36, n.1, pp. 4-5. ISSN 1806-3713  
IEP-HCOR – Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital do Coração

MEIER D.A.P, VANNUCHI M.T.O, SECCO I.A. O Abandono do tratamento do tabagismo em programa no município norte do Paraná. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 13, n. 1, p 35-44, dez. 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2297-2305. ISSN 1413-8123.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7

MINISTÉRIO DA SAÚDE- INCA- COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA - CONPREV. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco - Brasil.** Rio de Janeiro, 2001.

PEREZ, et al. Disque Saúde Pare de Fumar no Brasil: uma Fonte de Informação a mais para a População. **Revista Brasileira Cancerologia.** Vol. 57. Nº 03. Jul/Ago/Set. 2011. ISSN0034-7116

## CUIDADOS NO PRÉ-NATAL AS GESTANTES DE ALTO RISCO ADOLESCENTES E IDOSAS: RELATO DE EXPERIÊNCIAS EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E CENTRO DE REFERÊNCIA

Renata Damasio Fernandes

Acadêmica do 9º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: redamasio77@hotmail.com

Júlia Peruchi Sehnem

Acadêmicas do 9º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: juliaps13@hotmail.com

Fabiane Ferraz

Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva-LADSSC/UNESC. E-mail: olaFerraz@gmail.com.

Magada Tessman Schwalm

Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva-LADSSC/UNESC. E-mail: mts@unesc.net.

### RESUMO

**Introdução:** a gestação é classificada como um fenômeno fisiológico e natural na vida de uma mulher, porém, 10% das gestações apresentam algumas complicações no início ou durante o seu percurso, acarretando maior atenção e cuidado dos profissionais da saúde. A identificação de gestantes de alto e baixo risco faz com que a equipe disponha de instrumentos que permitam definir com maior especificidade o melhor processo de recomendar, gerar e fornecer assistência às mesmas durante o pré-natal. Por isso dá-se a importância de um pré-natal assistido de forma assídua e regulamentada conforme os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (FREITAS, et. al, 2006). **Objetivo:** desenvolver uma proposta de Prática Assistencial de Enfermagem para atenção ao pré-natal a um grupo de gestantes de alto risco fundamentada na Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem e realizar atividades práticas do cotidiano do trabalho do enfermeiro uma Unidade de Saúde da Família, com foco na Educação em Saúde à comunidade. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência de uma prática assistencial desenvolvida no Estágio Supervisionado II, do Curso de Enfermagem da UNESC, realizada em uma Unidade de Saúde da Família e em um centro de referência em atendimento de gestante de alto-risco de um município no sul do estado de Santa Catarina, no segundo semestre de 2013. Os aspectos éticos foram garantidos, a partir da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para autorização da realização das atividades com as gestantes participantes e enfermeiras responsáveis pelos campos. As consultas de enfermagem basearam-se na Teoria de Dorothea Orem que aborda os Déficits de autocuidado, juntamente com visitas domiciliares. Ainda, dentro das atividades de enfermagem as acadêmicas organizaram grupos terapêuticos e campanhas de saúde promovidas pelo Ministério da Saúde. **Relato de Experiência:** junto as gestantes foram aplicadas 30 consultas de enfermagem, 15 com gestantes adolescentes e 15 com gestantes idosas com mais de 35 anos. A partir das consultas percebeu-se a insegurança dessas mulheres por estarem em gestação de alto risco, sendo que os problemas mais

encontrados entre as adolescentes foi a imaturidade, dúvidas quanto a maternidade, falta de apoio dos familiares, falta de recursos e anemia. Entre as idosas foram problemas relacionados a saúde como; diabetes, hipertensão arterial e obesidade gestacional. Diante desses problemas foi oferecido apoio emocional, educação em saúde direcionada ao auto-cuidado da gestante, no qual foram abordados assuntos sobre a alimentação adequada para prevenção de doenças e controle de peso, exames gestacionais, vacinação e fortalecimento de vínculos afetivos. Visando a atenção integral, foram realizadas visitas domiciliares para acompanhamento das gestantes. Ainda, como atividades do estágio, as acadêmicas organizaram as campanhas de saúde realizadas no em que estavam em campo, entre elas da Saúde da Mulher (Outubro Rosa) e Saúde do homem (Novembro Azul). Ambos os eventos surpreenderam a equipe da unidade, pois excedeu a expectativa quanto ao número de participantes presentes (40 mulheres e 20 homens), comparado com os anos anteriores que não tiveram nem 50% desse montante. A mobilização da sociedade ocorreu, devido a divulgação em rádio, cartazes expostos, enfatizando a importância da participação dos usuários para prevenção e o benefício que ações de saúde lhes trazem. **Considerações Finais:** durante toda a graduação, este foi um estágio em que realmente pôde-se perceber, acompanhar e realizar atividades próprias do enfermeiro na unidade, tanto no seu gerenciamento, como na relação entre a unidade e a gestão municipal, as influências diárias, da interação destes setores, na resolutividade dos processos de saúde-doença dos usuários, bem como na rotina de trabalho da equipe. Conseguiu-se também desenvolver maior autonomia nas práticas assistenciais e na forma de se relacionar com os usuários, familiares, comunidade e equipe de saúde. Apesar de algumas dificuldades enfrentadas, destacamos a aquisição/construção de conhecimentos relacionados a gestantes de alto-risco, devido ao foco neste tema para aplicação do projeto assistencial proposto pela disciplina. Bem como, a importância de mobilizar a comunidade para participar de ações de educação em saúde visando a promoção da saúde e prevenção de doenças.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré-natal; Enfermagem; Gravidez de Alto Risco; Gestantes.

## REFERÊNCIAS

FREITAS, Fernando; et al. **Rotinas em Obstetrícia**. Editora Artmed, Porto Alegre, quinta edição de 2006.

## RECUPERAÇÃO FUNCIONAL DE CRIANÇAS COM SEQUELAS SEGMENTARES E ESTRUTURAIS DECORRENTES DO TRABALHO INFANTIL

Juliana Pereira Cardoso

Acadêmicas da 5ª fase do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC

Stefani Brandão

Acadêmicas da 5ª fase do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC

Thaís Luciane Valmorbida

Acadêmicas da 5ª fase do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC

Willians Cassiano Longen

Fisioterapeuta. Mestrado em Ergonomia. Doutorado em Ciências da Saúde. Professor e Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST e do Programa Incubado de Pós Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC da UNESC. E-mail: willians@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** Na lógica da legislação brasileira na era pós-constituinte especialmente do Estatuto da Criança e do Adolescente, o ECA, há noção de que trabalho infantil é prejudicial. Entretanto, esta noção teórica de prejuízo não está retratada país afora em diversos ramos de atividade humana de subsistência, ainda com forte inserção real do Trabalho Infantil. Em determinadas regiões é o corte de cana, em outras prevalece a prostituição infantil, a vida da criança a serviço das drogas, a venda informal de produtos. Na grande região de Criciúma existem várias situações que denotam o trabalho infantil no comércio, nas olarias, na agricultura familiar, em oficinas mecânicas, entre outros ramos de atividade, embora não sejam infrequentes da mesma forma, cenários similares aos observados em grandes cidades especialmente quanto às drogas e em maior escala o crack. Na região do extremo sul catarinense é observado no trabalho de agricultura familiar de mono e policulturas como o fumo e feijão, nas olarias, em oficinas mecânicas, na construção civil, no comércio. De acordo com dados do IBEP (Inquérito Integrado sobre o Bem Estar da População), muitas crianças entre os 5 e 14 anos estão inseridas no mundo do trabalho. Relação esta que é informal, desassistida, anti-ergonômica e acima de tudo, ilegal no Brasil. **Metodologia:** Este estudo é fruto de um trabalho acadêmico de Ergonomia e Fisioterapia do Trabalho II e denota dois casos com histórico de trabalho infantil, suas sequelas físico-funcionais e o tratamento de reabilitação física necessário para a tentativa de recuperação dos sujeitos. **Resultados:** O ônus psicofisiológico do Trabalho Infantil tem uma tendência de cobrar um árduo preço do que alguns autores chamam de vida útil fisiológica, a exemplo da vida útil articular. Após avaliações clínicas estruturais e segmentares, foi identificada a presença de sintomatologia dolorosa e alterações especialmente posturais que foram objeto de atenção fisioterapêutica, com tratamento conservador e não medicamentoso. Foram estabelecidos programas de tratamento com exercícios terapêuticos, alongamentos musculares, reequilíbrios posturais e reajustes proprioceptivos articulares segmentares com reflexos estruturais. Os resultados das intervenções terapêuticas e recuperação da funcionalidade plena, são totalmente condicionados pela modificação do fator etiológico, ou seja, a interrupção do trabalho infantil. Segundo Barros e Gorayeb (1999) a condição musculoesquelética conta com uma espécie de reserva

estrutural e funcional, que se comprometida na infância, irá reduzir as perspectivas futuras na vida adulta. **Conclusão:** O custo humano envolvido no trabalho infantil não restringe-se à fase da infância comprometida com uma atividade carregada de responsabilidades e com exigências de performance similares às de um indivíduo adulto, mas especialmente vão impactar em todo o restante da vida adulta. A inversão da lógica acerca do trabalho infantil também parece necessária, ou seja, considerar os prejuízos lá na vida adulta do trabalho infantil.

**Palavras-chave:** Criança; Trabalho Infantil; ECA; Funcionalidade.

## REFERÊNCIAS

Amaral MABG. O trabalho do menor-adolescente e a ilegalidade do trabalho do menor-criança. Rio de Janeiro: Revista Juris Síntese. v. único n. 43 de set/out de 2003.

Barbosa J, Fontenele V. A Exploração da Mão de Obra Infantil e seu Impacto na Sociedade. Florianópolis: Diálogo Jurídico. 2014. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/28387-28398-1-PB.pdf>> Acesso em: 27 mar 2014.

MTE. Tudo sobre o Trabalho Infantil. Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D307400CA013075FBD51D3F2A/trabalho\\_infantil-mte-web.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D307400CA013075FBD51D3F2A/trabalho_infantil-mte-web.pdf)> Acesso em: 27 mar 2014.

## PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS SERVIDORES DA PREFEITURA DE TREVISÓ - CONTRIBUIÇÃO DA ERGONOMIA PARA O *LAYOUT* INTERNO DA NOVA SEDE

Giovani Piacentini

Engenheiro Civil. Pós Graduação em Engenharia de Segurança do Trabalho pela Universidade do Extremo Sul  
Catarinense – UNESC.

Oséias Henrique Duarte

Acadêmico da 2ª fase do Curso de Fisioterapia da UNESC. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em  
Saúde do Trabalhador – NEPST.

Willians Cassiano Longen

Fisioterapeuta. Mestrado em Ergonomia. Doutorado em Ciências da Saúde. Professor e Pesquisador do Núcleo  
de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST e do Programa Incubado de Pós Graduação em  
Saúde Coletiva - PPGSC da UNESC. E-mail: willians@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** Este trabalho envolve uma experiência de emprego da Ergonomia no projeto, especificamente envolvendo os futuros postos de trabalho na nova sede da Prefeitura Municipal de Trevisó. Segundo Dul e Weerdmeester (2004) os métodos ergonômicos podem ser adotados em quase todos os tipos de projetos, devendo-se aplicar desde seus estágios iniciais. A utilização da ergonomia na fase de projeto é conhecida como ergonomia de concepção, devendo ser introduzida o mais cedo possível e ter a participação ativa em todas as fases do projeto. **Metodologia:** Para isto foram utilizadas as plantas das edificações e os respectivos espaços que serão utilizados para a realização dos trabalhos administrativos. A partir de dados Antropométricos dos futuros servidores dos setores administrativos da Prefeitura, utilizou-se o Anteprojeto® a partir do qual puderam ser variações dos extremos máximo e mínimo de alturas para o dimensionamento das mobílias e materiais a serem utilizados no setor. Um estudo do *layout* de disposição das mesas e acomodação de todos os servidores foi realizado através da confecção por profissional engenheiro responsável de uma planta interna dos setores. Ao todo foram envolvidos os ( $n=30$ ) trabalhadores dos setores administrativos da prefeitura. **Resultados:** Identificou-se estaturas variando entre 150cm a 192cm, altura do cotovelo variando entre 57,60cm a 73,70cm, altura poplíteia de 46,70cm a 59,70cm e altura dos olhos na posição sentada variando entre 105,40cm a 135,00cm. Como recomendações ergonômicas, pode-se estabelecer especialmente: Referente à Mesa de Trabalho, uma mesa recomendada para ser utilizada pelos trabalhadores que irão exercer suas atividades profissionais na nova sede da Prefeitura Municipal de Trevisó, tendo como parâmetro as estaturas dos trabalhadores, deve ficar entre 57,60 cm e 73,70 cm, tendo como padrão médio uma mesa de 65,70 cm de altura. O espaço da mesa deve ser o maior possível, o teclado deve ficar em um espaço onde seja possível movimentá-lo para frente e para trás, sobrando espaço na mesa para fazer outras atividades. A mesa precisa ter bordas arredondadas, deve ter apoio de punho almofadados, um pouco abaixo do teclado. Se o trabalhador necessitar fazer leituras ou consulta de documentos, deve haver um suporte inclinado próximo ao monitor para que a movimentação do pescoço seja a menor possível. Referente às cadeiras para uso dos trabalhadores, pode-se recomendar que a altura do assento de uma cadeira recomendada para ser utilizada, em virtude também da estatura dos trabalhadores da

nova sede municipal, deve ter entre 46,70 cm e 59,70 cm, tendo como padrão médio uma cadeira com assento a 53,20 cm de altura. A cadeira correta não pode ser de madeira e nem de palha e também não deve possuir ângulos retos entre as coxas e o tronco, sendo que cadeira com braços, somente deve ser utilizada se ela não impedir o acesso do trabalhador o seu posto de trabalho. A regulagem da cadeira deve proporcionar conforto, observando a posição dos cotovelos na altura do tampo da mesa e os pés não devem ficar suspensos, se isso ocorrer deve-se usar um apoio para os pés. Sobre o uso de Computadores dos postos de trabalho, a altura ideal do monitor de computador é a linha dos olhos com leve inclinação para cima, nesse caso, a altura recomendada para ser utilizada em função da estatura dos trabalhadores, deve ser entre 105,40 cm e 135,00 cm, tendo como altura média do monitor 120,20 cm. O monitor de vídeo e seus olhos devem ficar a uma distância de seu braço esticado e o teclado numa posição de equivalência aos seus cotovelos. Em relação à mesa e ao monitor de vídeo, a coluna deve estar reta, aproximadamente 100 graus de ângulo entre tronco e as coxas, e coxas e pernas, se necessário usar apoio portátil e manter sempre os pés apoiados. **Conclusão:** psicofisiológicas dos trabalhadores. A partir destas e outras medidas antropométricas foram estabelecidos *layout's* ergonomicamente projetados para oito (8) módulos e seus respectivos postos de trabalho. Adicionalmente foram estabelecidas recomendações ergonômicas para um melhor aproveitamento dos ambientes de trabalho projetados. Este trabalho permitiu prospectar recomendações ergonômicas de forma a conceber um ambiente de trabalho que possa apresentar-se mais adequado às características psicofisiológicas dos trabalhadores.

**Palavras-chave:** Trabalhador; Administrativo; Ergonomia; Projeto.

## REFERÊNCIAS

COUTO, Hudson de Araújo. Como trabalhar com o computador. Disponível em: <[http://www.ergoltda.com.br/dicas/dicas\\_07\\_06.html](http://www.ergoltda.com.br/dicas/dicas_07_06.html)>. Acesso em: 05 dez. 2012.  
DUL, Jan; WEERDMEESTER, Bernard; IIDA, Itiro. Ergonomia prática. São Paulo: Edgard Blücher, 1995. 137 p.

\_\_\_\_\_. Ergonomia Prática. 2. ed. Ver. E ampl. São Paulo: Edgard Blücher, 2004. 137 p.

FALZON, Pierre. **Ergonomia**: São Paulo: Blucher, 2007. 640 p.

GONÇALVES, Shahine Paccola; ROCHA, Cinthia Dias; FENNER, Paulo Torres.

**Análise da postura de trabalho com computador.** Disponível em:

<[http://www.ufpa.br/rcientifica/artigos\\_cientificos/ed\\_09/pdf/rev\\_cie\\_ufpa\\_vol7\\_num1\\_cap1.pdf](http://www.ufpa.br/rcientifica/artigos_cientificos/ed_09/pdf/rev_cie_ufpa_vol7_num1_cap1.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2013.

## A VIGILÂNCIA SANITÁRIA: ESTRATÉGICA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Daiane Acosta Amaral

Mestranda em Direito/FURG; Advogada; daia\_acostamaral@hotmail.com

José Ricardo Caetano Costa

Doutor em Serviço Social- PUC-RS-; jrcc.pel@gmail.com

David Silva de Souza

Mestrando em Direito/FURG; Advogado; david\_souza\_21@hotmail.com

### RESUMO

**Introdução:** A Vigilância Sanitária ressalta-se como uma das atividades preventivas com maior eficiência que procura a concretização do direito à saúde da população, haja vista o enorme campo de atuação. Neste sentido, aborda Cartana (2000) a competência do Sistema Único de Saúde como um todo, descrita no debatido art. 200, aponta praticamente todas as atividades do encargo da vigilância sanitária, especialmente quando ampliadas estas com o teor do conceito de Vigilância Sanitária emitido pelo § 1º do art. 6º, da Lei 8.080/90, que a elas soma as decorrências do meio ambiente. **Desenvolvimento:** Assim, as atividades inerentes a vigilância sanitária estão previstas na LOS em seu artigo 6º §1º, Inc. I e II, ao mencionar que as atividades são um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviço de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens e consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção, e o controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde. Com a descentralizaçãodas ações em saúde prevista no artigo 198, Inc I da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7º, Inc IX, alínea “a”, da LOS, a repartição de competências entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios atinge também a participação no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), definido pela Portaria nº 1.565/94 do Ministério da Saúde e pela Lei nº 9.782/99. A partir da análise dos artigos que se referem à competência na LOS, depreende-se que compete a União definir e coordenar o Sistema, participando da execução em circunstâncias especiais, aos estados compete coordenar, e em caráter suplementar, e os municípios, as ações e serviços. Cabe destacar que a atividade da vigilância sanitária é exercida mediante a edição de normas para a execução das ações e implementação de serviços. Ademais, observa-se a competência legislativa concorrente em matéria prevista no artigo 24, Inc XII da Constituição Federal de 1988, combinado com o artigo 3º, Inc. I, no qual aduz que a União estabelece normas gerais de alcance nacional, os Estados suplementam a legislação em seu território, e os municípios, no que couber, a legislação nacional e estadual para atender às necessidades e prioridades de interesse predominantemente local. Neste sentido, conceitua Costa (2009, p. 12) a vigilância sanitária (VISA) desenvolve um conjunto de ações fundamentais no sistema de saúde, com a função de regular, sob o ângulo sanitário, as atividades relacionadas à saúde, seus processos e ambientes, sejam da esfera privada ou pública. Constitui um componente especificodo sistema de serviços de saúde e integra a atençãoà



saúde que, por seu lado, representa um segmento estratégico para vários ramos do setor produtivo: empresas do complexo médico-industrial, de serviços, de saneantes, alimentos, entre outras. A Visa se situa, portanto, no âmbito da intervenção nas relações sociais produção-consumo e tem sua dinâmica vinculada ao desenvolvimento científico e tecnológico e a um conjunto de processos que perpassam o Estado, o mercado e a sociedade. Conforme, Geraldo Lucchese, a vigilância sanitária também pode ser concebida como um espaço de exercício da cidadania e do controle social, por sua capacidade transformadora da qualidade dos produtos, dos processos e das relações sociais. Sua natureza exige uma ação interdisciplinar e interinstitucional, e a mediação de setores da sociedade, por meio de canais de participação constituídos. No âmbito do SUS, a vigilância sanitária representa um poderoso mecanismo para articular poderes e níveis de governo, e impulsionar ações e movimentos de participação social. **Considerações Finais:** Assim, percebe-se o cabedal de ações desenvolvidas pela vigilância sanitária em prol da promoção e prevenção em saúde, situando-a em um patamar de elevada importância, revelando-se como estratégica no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Palavras-chave:** Vigilância Sanitária; SUS; Estratégica.

## REFERÊNCIAS

CARVALHO, G.I; SANTOS, L. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

COSTA, Ediná Alves. **Fundamentos de Vigilância Sanitária**. In: Vigilância Sanitária: temas para debate. Salvador: EDUFBA, 2009.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Direito Sanitário**. In: Direito sanitário e saúde pública. Ministério da saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, departamento de gestão da educação na saúde. Marcio Iorio Aranha (org.) Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CARTANA, Argita Prado. **Processo Administrativo Sanitário**. Porto Alegre: Alcance, 2000.

LUCCHESI, Geraldo. A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Disponível em [http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2\\_texto05.pdf](http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2_texto05.pdf) acesso em 25/05/2014.

## REFLEXÃO DOS PROBLEMAS ÉTICOS E MORAIS ENFRENTADOS POR USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS INTERNADOS NA UNIDADE ÁLVARO ALVIM DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE: TRABALHO COLABORATIVO COM USUÁRIOS

Alessandra Mendes Calixto

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
Enfermeira, Serviço de Psiquiatria das Adições do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.  
Email: amcalixto@ufrgs.hcpa.br

Lucas França Garcia

Doutorando em Medicina: Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Sociólogo.  
Pesquisador do Serviço de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Email: lucasfgarcia@gmail.com

Mariana Escobar

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Nutricionista, Serviço de Psiquiatria das Adições do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Email: nutrimariescobar@gmail.com

Charlise Pasuch de Oliveira

Especialista em Saúde Mental Coletiva. Enfermeira, Serviço de Psiquiatria das Adições do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Email: charlise.pasuch@gmail.com

Cássio Lamas Pires

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
Professor de Educação Física, Serviço de Psiquiatria das Adições do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Email: cassilhano@gmail.com

José Roberto Goldim

Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Chefe do Serviço de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Email: jgoldim@hcpa.ufrgs.br

### RESUMO

**Introdução:** A prática de coordenação de grupos com pessoas internadas para tratamento de Transtorno por Uso de Substância (TUS) proporciona uma experiência rica. O desafio é estimular o reconhecimento dos potenciais de recuperação e as necessidades de mudança. Uma equipe especializada e multiprofissional, composta por Enfermagem, Psiquiatria, Psicologia, Serviço Social, Educação Física, Terapia Ocupacional, Nutrição, busca constantemente estratégias terapêuticas que auxiliem as pessoas em tratamento, e procura utilizar uma linguagem adequada e acessível para comunicar-se com as pessoas que buscam tratamento. Essa busca nos despertou para a importância de discutir com os usuários regras básicas de convivência em grupo por meio de uma abordagem ética e reflexiva. **Objetivos:** Desenvolver e avaliar a relevância de um jogo de cartas terapêutico que aborde problemas éticos e morais vivenciados pelos usuários de crack e outras drogas em tratamento. Realizar um levantamento dos problemas éticos e morais relatados pelos pacientes internados na Unidade de Adição. Elaborar um jogo terapêutico que auxilie os pacientes na discussão destes problemas com relação a sua recuperação. E, por fim, avaliar a viabilidade de utilização do jogo. **Desenvolvimento:** Estudo qualitativo, com triangulação de métodos. Esta proposta envolveu etapas que iniciaram com as entrevistas realizadas com os pacientes individualmente e em grupo de trabalho para construir um jogo terapêutico (ferramenta

lúdica) que possibilitasse a abordagem dos problemas éticos e morais enfrentados pelos pacientes internados para tratamento da TUS. Estratégia de busca de literatura: Levantamento bibliográfico para identificar trabalhos já realizados de jogos terapêuticos nas bases Medline, Lilacs, NIDA (National Institute on Drug Abuse), ABEAD (Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas), PubMed, Scielo, no momento em realização. Trabalho já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Todos os pacientes participaram do processo de consentimento informado e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Discussão:** Percebemos que embora a sintomatologia clínica na desintoxicação de substâncias psicoativas seja muito desconfortável ao usuário, a adesão ao tratamento é baixa, mesmo durante a internação. Um dos motivos mais citados como sendo preditor de recaída é o meio de convívio social em que o apelo para o envolvimento em atividades e comportamentos ilegais é muito presente. O grupo de pacientes internado relata a vivência e a experiência de conflitos morais e éticos que comprometem suas relações pessoais e o seu papel social, tais como: situações de ilegalidade, trabalho ilegal, antecedentes criminais, vivências anteriores no sistema prisional, conduta opositiva a regras, postura confrontativa a figuras de autoridade e descumprimento de regras básicas de convivência. Por meio de relatos e depoimentos dos usuários percebemos o quão distante é, por vezes, a linguagem terapêutica dos trabalhadores de saúde da realidade dessa população. **Considerações Finais:** Neste sentido, as experiências educativas a serem desenvolvidas com os usuários devem: (1) realçar o protagonismo dos sujeitos como produtores do conhecimento, com relação a questões básicas de manutenção da saúde; (2) privilegiar a identificação de situações de risco e construção de estratégias de prevenção da recaída contextualizadas ao seu ambiente biopsicossocial; e (3) fomentar as relações interpessoais no decurso do processo educativo durante a internação.

**Palavras-chave:** Drug Abuse; Play Game Therapeutic; Role Play; Relapse Prevention.

## REFERÊNCIAS

MARLATT, G. Gordon, J. Prevenção da Recaída. Porto Alegre: Artmed, 1993.  
ORFORD E EDWARDS, 1977; Simão *et al.* e Bernick *et al.* 1989; Oliveira, 2000; Moos e Moos, 2003

RAMOS, S.P., BERTOLETE, J.M.: Alcoolismo Hoje. Porto Alegre: Artmed, 1991.

SCHUCKIT, M. Abuso de Álcool e Drogas. Porto Alegre: Artmed, 1991.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde da Comunidade, Programa de Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília, 1994.

## AGRADECIMENTOS

Aos usuários do Serviço. Professor orientador Dr. José Goldim e equipe. Ao Fundo de Incentivo a Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA)

## CONSEQUÊNCIAS FÍSICO FUNCIONAIS DO TRABALHO INFANTIL: COMO BATE FORTE E RÁPIDO MEU CORAÇÃO, ISSO NÃO É BRINCADEIRA DE CRIANÇA NÃO!

Amanda Mazzucco

Acadêmica da 5ª fase do Curso de Fisioterapia da UNESC. Voluntárias do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST. labiomec@unesc.net.

Laís Nazário

Acadêmica da 5ª fase do Curso de Fisioterapia da UNESC. Voluntárias do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST. labiomec@unesc.net.

Letícia Antunes de Souza

Acadêmica da 5ª fase do Curso de Fisioterapia da UNESC. Voluntárias do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST. labiomec@unesc.net.

Willians Cassiano Longen

Fisioterapeuta. Mestrado em Ergonomia. Doutorado em Ciências da Saúde. Professor e Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST e do Programa Incubado de Pós Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC da UNESC. E-mail: willians@unesc.net.

### RESUMO

**Introdução:** A exploração do trabalho infantil é comum em países subdesenvolvidos, e países emergentes como no Brasil. Na maioria das vezes isto ocorre devido à necessidade de ajudar financeiramente a família. Muitas destas famílias são geralmente de pessoas pobres que possuem muitos filhos. O trabalho infantil afeta o desenvolvimento das crianças, expondo-as à riscos como de acidentes com maior potencial e as predispõe a desenvolver várias alterações psicofisiológicas. Entre estes elementos pode-se destacar especialmente os fatores físicos e ergonômicos e seus decorrentes impactos funcionais. É difícil estimar a carga psicofisiológica que um trabalho idealizado e projetado para adultos, representa para uma criança e sua estrutura em formação. O objetivo deste trabalho foi apresentar uma discussão acerca de algumas características de um caso de trabalho infantil ligado à cultura familiar de manutenção das crianças ligadas ao trabalho rural. **Metodologia:** Foi retratado em um Estudo de Caso, algumas características que retratam o cenário de perpetuação do trabalho infantil no contexto familiar. **Resultados:** O trabalho infantil afeta o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, os expõem a sofrer acidentes e os predispõe a desenvolver múltiplas enfermidades. Fatores físicos e químicos: as maquinarias que geram vibração sonora, a exposição crônica a poeira, fumaça, vapores ou gases, a exposição a temperaturas extremas e exposição a produtos perigosos ocasionam maiores alterações nos órgãos em desenvolvimento. Podendo causar lesões neurológicas, cardíacas e respiratórias. Fatores ergonômicos e mecânicos: locais de trabalho, equipamentos, móveis utensílios e métodos não são projetados para utilização por crianças. O sistema osteomuscular das crianças possuem menos elasticidade e por tanto com menor força e capacidade de suporte de carga, trazendo comprometimentos da coluna, do equilíbrio e do desenvolvimento físico da criança. Fatores biológicos e psicossociais: a falta de higiene e bem estar tornam as crianças mais sujeitas aos acidentes de trabalho, pois estas desconhecem os riscos a que estão expostos e sem experiência para lidar com esses riscos. Fatores

psicossociais: a tristeza, desânimo e apatia entre os trabalhadores precoces, também são significativos. Por estarem submetendo-as a uma carga de trabalho estafante. A debilitação da sua condição física leva a restrições às possibilidades de relações sociais, privando a criança de brincar, que é uma importante contribuição para um desenvolvimento infantil saudável. Paradoxalmente o sentido de proteção familiar por vezes mostra-se confuso ao ser possível identificar em várias situações a perpetuação da mão de obra infantil sendo explorada como mecanismo de informalidade e ilegalidade do trabalho. Nas crianças os ossos e músculos não estão completamente desenvolvidos, a frequência cardíaca é maior, a ventilação pulmonar é reduzida, os órgãos estão em desenvolvimento, a pele protege menos, tem maior sensibilidade aos ruídos, a visão periférica é menor. São destacadas 10 razões pelas quais crianças não devem trabalhar: Crianças ainda não têm seus ossos e músculos completamente desenvolvidos; Crianças têm maior frequência cardíaca que os adultos para o mesmo esforço; A ventilação pulmonar é reduzida; A exposição das crianças às pressões do mundo do trabalho pode provocar diversos sintomas; Crianças têm fígado, baço, rins, estômago e intestinos em desenvolvimento; O corpo das crianças produz mais calor que o dos adultos quando submetidos a trabalhos pesados; Crianças têm a pele menos desenvolvida; O trabalho infantil provoca uma tríplice exclusão: na infância, na idade adulta e na velhice; Crianças têm maior sensibilidade aos ruídos que os adultos; Crianças possuem visão periférica menor que a do adulto. **Considerações finais:** O trabalho na vida infantil representa uma tríplice exclusão. A infância é um estágio muito importante da vida, voltado ao desenvolvimento integral de condições que serão determinantes de vida e saúde, física e mental e que podem viabilizar que a criança de hoje torne-se um adulto em plenas condições psicofisiológicas.

**Palavras-Chave:** Trabalho Infantil; Funcionalidade; Criança.

## REFERÊNCIAS

Amaral MABG. O trabalho do menor-adolescente e a ilegalidade do trabalho do menor-criança. Rio de Janeiro: Revista Juris Síntese. v. único n. 43 de set/out de 2003.

Barbosa J, Fontenele V. A Exploração da Mão de Obra Infantil e seu Impacto na Sociedade. Florianópolis: Diálogo Jurídico. 2014. Disponível em:

<<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/28387-28398-1-PB.pdf>> Acesso em: 27 mar 2014.

MTE. Tudo sobre o Trabalho Infantil. Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em:

<[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D307400CA013075FBD51D3F2A/trabalho\\_infantil\\_mte\\_web.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D307400CA013075FBD51D3F2A/trabalho_infantil_mte_web.pdf)> Acesso em: 27 mar 2014.

## **AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE EM UM TRAJETO CORRIQUEIRAMENTE UTILIZADO NO CAMPUS DA UNESC: ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DO ACESSO FÍSICO**

**Emanuela da Silva Souza**

Acadêmica da 5ª fase do Curso de Fisioterapia da UNESC. labiomec@unesc.net

**Adrieli Colombo**

Acadêmica da 5ª fase do Curso de Fisioterapia da UNESC. labiomec@unesc.net

**Liliana Sudre Marques**

Acadêmica da 5ª fase do Curso de Fisioterapia da UNESC. labiomec@unesc.net

**Natália de Medeiros Catanheti**

Acadêmica da 5ª fase do Curso de Fisioterapia da UNESC. labiomec@unesc.net

**Willians Cassiano Longen**

Fisioterapeuta. Mestrado em Ergonomia. Doutorado em Ciências da Saúde. Professor e Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST e do Programa Incubado de Pós Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC da UNESC. wcl@unesc.net

### **RESUMO**

**Introdução:** O termo acessibilidade significa incluir a pessoa com deficiência na participação de atividades como o uso de produtos, serviços e informações. Alguns exemplos são os prédios com rampas de acesso para cadeira de rodas e banheiros adaptados para deficientes. Os Direitos e Garantias Fundamentais, tendo enfrentado as inúmeras revoluções, chegam aos dias hodiernos como verdadeira âncora dos valores essenciais à existência humana, a exemplo da igualdade, cuja observância é obrigatória, de modo indiscriminado e universal. Consubstanciada em tal espírito, a própria Constituição Federal de 1988 tutela o trabalhador deficiente físico, mais precisamente nos artigos 7º, XXXI e 37, VIII, razão pela qual merece destaque o estudo envolvendo o tema. Diante dos avanços na área médica e do desenvolvimento de tecnologias voltadas ao deficiente físico, mas também, por outro lado, do aumento e reconhecimento das denominadas doenças graves, a exemplo de insuficiência renal crônica, disfunções cardíacas, câncer, e, em destaque as doenças de ordem psicológicas, bem como, casos patológicos envolvendo consumo de drogas, surge a grande dificuldade de conceituar o termo deficiência física, quando interpretado como sinônimo de limitação. **Metodologia:** Este trabalho envolveu a avaliação das condições de acessibilidade de um trajeto utilizado para acesso às dependências físicas de salas de aula, academia, quadras esportivas, sanitários, entre outras estruturas em um trecho muito usual da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. O trecho em questão envolve o acesso a partir da frente do Centro de Eventos / Ginásio até a academia da UNESC, contando neste intervalo com salas de aula, piscina, sanitários, quadras esportivas, uma coordenação de curso e laboratórios de aulas práticas. Foram destacados os aspectos positivos e negativos à luz da Norma Brasileira de Regulamentação - NBR 9050. **Resultados:** Como resultados positivos foram destacados: bebedouro adaptado, rampas nas calçadas, calçada com antiderrapante, lixeiras com bom acesso. Como resultados negativos destacou-se: desnivelamentos no chão, ausência de placas de informativas, ausência de vagas

para pessoas portadoras de deficiência nos estacionamentos, banheiro não permite acesso de cadeira de rodas, bancada do banheiro muito alta, ausência de corrimão nas escadas, plantas e galhos invadindo os espaços de trânsito pelas calçadas, existência de rampa que no entanto, finaliza em um boeiro, entre outros problemas. Todos os pontos foram agrupados e um quadro de aspectos positivos e negativos foi estabelecido. **Conclusão:** A acessibilidade e a inclusão educacional, digital entre outras formas de inclusão, não podem estabelecer-se de forma plena e cidadã, caso aspectos elementares como atenção à aspectos legais de acesso físico não sejam resguardados, a exemplo do que carrega a NBR 9050.

**Palavras-chave:** Acessibilidade; Funcionalidade; Barreiras Arquitetônicas; Inclusão.

## REFERÊNCIAS

AMIRALIAN, Maria LT; PINTO, Elizabeth B; GHIRARDI, Maria I. G.; LICHTIG, Ida; MASINI, Elcie F. S.; PASQUALIN, Luiz. Conceituando deficiência. Rev. Saúde Pública, 34 (1): 97-103, 2000.

ARAUJO, Luiz Alberto David. Defesa dos direitos das pessoas portadoras de deficiência São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CAMÂRA, Fernando Portela; SILVA, Antonio Geraldo Da. Reflexões sobre o projeto Global Burden of Disease Study 2010. In: Revista debates em psiquiatria. Rio de Janeiro: Associação brasileira de psiquiatria. ISSN 2236-918X. Ano 3. nº 1. Jan/Fev 2013.

CAVALCANTE, Jouberto de Quadros Pessoa; JORGE NETO, Francisco Ferreira. O portador de deficiência no mercado de trabalho. n. 6, São Paulo: Revista LTR - Legislação do Trabalho, 2005.

MINHARRO, Erotilde Ribeiro dos Santos. Inserção do portador de deficiência no mercado de trabalho. n. 4. São Paulo: Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região, 2010.

TREVISIOLI, Álvaro. Lei de cotas para deficientes precisa ser flexibilizada. n. 1232. Brasília: JTb - Jornal Trabalhista Consulex, 2008.

## QUALIDADE DE VIDA E ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

Francielle Rosso Mazzuchello

Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: francielle\_rosso@hotmail.com

Luciane Bisognin Ceretta

Doutora em Ciências da Saúde. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: luk@unesc.net.

Lisiane Tuon

Doutora em Medicina e Ciências de Saúde. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. Email:ltb@unesc.net.

Priscyla Waleska Targiano de Azevedo Simões

Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: pri@unesc.net.

Ioná Vieira Bez Birolo

Mestre em Enfermagem. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: ionavieira71@hotmail.com.

### RESUMO

**Introdução:** Estudos colocam que a tendência atual de mortalidade por algumas Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vem diminuindo e que em contrapartida o número de sujeitos com DCNT tende a aumentar, gerando um ônus para o sistema público de saúde (DUNCAN, 2012). As DCNT vêm crescendo nos últimos tempos sendo as mais comuns a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* e exige dos pacientes acometidos maior controle em relação ao seu tratamento que envolve a dieta, o tratamento farmacológico e mudanças no estilo de vida. Nesse contexto a qualidade de vida de muitos sujeitos fica comprometida (MIRANZI et al., 2008). Com aumento crescente da incidência e prevalência da Hipertensão Arterial e do Diabetes *Mellitus* e o aumento expressivo da mortalidade por complicações das mesmas o ministério da saúde criou o programa HIPERDIA que tem como objetivo prevenir as complicações, permitindo ao paciente um acompanhamento mais “estrito” pelos profissionais de saúde, além de garantir o acesso ao tratamento medicamentoso de forma gratuita (BRASIL, 2006; MIRANZI et al., 2008). A expressão qualidade de vida pode sugerir diferentes aspectos na vida dos sujeitos ou de grupos específicos. Com base na Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é a perspectiva do indivíduo sobre sua condição de vida, considerando todo seu contexto cultural e dos valores nos quais vive, suas expectativas, padrões e preocupações (BRITO et al., 2008). A pesquisa objetivou identificar a qualidade de vida e os aspectos sócio-demográficos de indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus associados, acompanhados por uma equipe de Saúde da Família de um município Sul Catarinense. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e prospectivo de abordagem quantitativa. A população foi composta por pacientes que



possuem diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II associados, cadastrados no programa HIPERDIA, totalizando 102 indivíduos. Os dados foram coletados no período de agosto a novembro de 2013 através da ficha do HIPERDIA e por entrevistas semi-estruturadas e a aplicação do questionário WHOQOL-BREF. Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva e sintaxe do WHOQOL-BREF no SPSS. **Resultados/Discussão:** Foram entrevistados 102 indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus, sendo a população predominante de mulheres (73,50%; n=75), casadas (52,9%; n=54), branca (86,3%; n=88), de baixa escolaridade com idade média de 68 anos. Todos faziam uso de medicamentos para tratamento de ambas as doenças e a maioria não praticavam nenhum tipo de exercício físico. Nosso estudo constatou alterações da qualidade de vida nos domínios físico e psicológico e diferença estatística significativa no domínio relações sociais associado ao exercício físico ( $p=0,026$ ). Existem evidências sobre o valor da atividade física para a prevenção e reabilitação de várias doenças crônicas. Estudos demonstram que indivíduos que praticam exercício físico apresentam uma saúde mental positiva e uma melhor qualidade de vida. (BARBANTI, 2012). Na avaliação da qualidade de vida geral o domínio relações sociais obteve maior escore entre os domínios e o físico menor escore. Os indivíduos que apresentaram maior tempo de doença também tiveram uma menor qualidade de vida. Alguns estudos apontam que quanto maior o tempo de diagnóstico da doença, menor é a prevalência da adesão ao tratamento e maior é o risco de complicações advindas de um controle metabólico insatisfatório. (RORIGUES, et al. 2012; DROUMAGUET, et al. 2006). **Conclusões:** Constatou-se avaliação positiva da qualidade de vida geral dos indivíduos, tendo maior escore o domínio relações sociais. Dessa forma, conhecer e compreender a qualidade de vida desses indivíduos é de suma importância em meio ao cenário de saúde pública, sendo necessário ainda implementar ações e reorganizar as políticas públicas neste âmbito com intuito de garantir possibilidades de melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida; Hipertensão; Diabetes Mellitus; Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

BARBANTI, EJ. Efeito da atividade física na qualidade de vida em pacientes com depressão e dependência química. Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Cidade Universitária USP – SP, 2012;

BRITO, Daniele Mary Silva de et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. p. 933-940, abr, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 58 p., 2006a.– (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

DROUMAGUET, C; Balkau B; Simon D; Caces E; Tichet J; Charles MA. Use of HbA1c in predicting progression to diabetes in French men and women: data from an Epidemiological Study on the Insulin Resistance Syndrome (DESIR). **Diabetes Care**, v.29, n.7, p. 1619-25, 2006.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, Brasil, v. 46, p.126-134, 2012.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n.4, p. 672- 679 2008.

RODRIGUES, FFL. et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta paul. Enferm** , v. 25, n. 2, p. 284-290, 2012;

## INTEGRANDO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PORTADOR DE ÚLCERA VENOSA

Luíze Alves Romancini

Ac. Enf. Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC - luise@unesc.net

Diane Furtado dos Santos Trescher

Ac. Enf. Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC - dianeshow7@hotmail.com

Elisiane Santos Costa Nogueira

Ac. Enf. Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC – elisianenogueira@hotmail.com

Iona Vieira Bez Birolo

Enf. Mestre - Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC – enfermagem@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** A insuficiência venosa crônica é considerada uma anormalidade do funcionamento do sistema nervoso, causada por uma incompetência valvular, associada ou não a obstrução do fluxo venoso. (LOPES, 2013). De acordo com Salomé e Araújo (2011) a úlcera venosa não traz apenas sofrimento físico ao paciente, como também o impede de trabalhar, a lesão permanece, muitas vezes, aberta por anos ou meses, causando problemas socioeconômicos. Tal estudo teve como foco principal o desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este relato de experiência pretende evidenciar a assistência de enfermagem em uma unidade de saúde do município de Criciúma-SC, com foco na Promoção à Saúde, visando à integralidade do paciente portador de úlcera venosa. **Desenvolvimento:** A partir do pressuposto passou-se a desenvolver o Projeto Terapêutico Singular, realizando intervenções de enfermagem ao paciente portador de úlcera venosa. Segundo (BRASIL, 2007) o PTS é a união de ações terapêuticas articuladas, que podem ser desenvolvidas para um sujeito individual ou coletivo, que leva a dialogar ideias em âmbito coletivo dentro de uma equipe interdisciplinar. Dialogando com a equipe da unidade de saúde para conhecer o caso do paciente, constatou-se que este havia realizado tratamento cirúrgico de varizes em Membro Inferior Esquerdo (MIE), pois possuía má circulação do MIE que ocasionou a úlcera venosa. Ao visualizar o MIE, observou-se a úlcera venosa aberta sem odor na região tibial-fibular, ferida em estagio de cicatrização em segunda intenção, com tecido de granulação, turgor diminuído, presença de manchas hiperêmicas e varizes. A prática assistencial contou com os cuidados de enfermagem diários onde foram realizados curativos dentro das técnicas assépticas e acompanhamento da evolução do processo de cicatrização do tecido de granulação. A melhora da lesão envolveu um processo demorado em que a persistência e a dedicação de enfermagem foram peça fundamental para o sucesso dos resultados obtidos, e diante da gravidade de seu quadro clínico, percebeu-se que houve uma melhora significativa no quadro de saúde do indivíduo em foco. Observando a integralidade do paciente visualizamos que a higiene oral estava prejudicada, apresentando dentição comprometida com falta de dentes na arcada superior e inferior. Com foco no cuidado integral, buscou-se proporcionar melhora na qualidade de mastigação do paciente. Em contato com profissional de odontologia agendou-se uma consulta domiciliar, posteriormente este foi levado ao consultório

odontológico para extração de dentes, e na sequência o paciente recebeu sua prótese dentária. **Considerações Finais:** No desenvolvimento deste estudo, pode-se enquanto acadêmicas, obter um conhecimento teórico e prático a um sujeito com úlcera venosa, da qual necessitava de cuidados especiais de enfermagem. Ao final da implementação do Processo de Enfermagem percebeu-se uma evolução significativa, pois o paciente apresentava uma melhora na cicatrização da úlcera venosa. A aplicação do processo de enfermagem ao paciente portador de úlcera venosa engloba não só o cuidado com feridas e sua realização de curativos, mas também sua integralidade. A partir desta análise, pode-se realizar um cuidado mais eficaz.

**Palavras-chave:** Úlcera Varicosa; integralidade em saúde; Cuidados de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe ampliada:** equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2a. ed. Série textos básicos de saúde. Brasília, DF, 2007.

LOPES, Célia Regina, et. al. Avaliação das limitações de úlcera venosa em membros inferiores. **Journal Vascular Brasileiro**, SP, v.12, n. 1, mar. 2013.

SALOMÉ, Geraldo Magela; ARAÚJO, Vanessa Soares de. Suporte avançado no tratamento de úlceras venosas: parte 1: epidemiologia e diagnóstico da insuficiência venosa. **Enfermagem Prática**, Barueri, SP, n. 9, p.30-34, jan. 2011.

## ESTUDO DA DEMANDA DE GESTANTES FORA DE TRABALHO DE PARTO ATENDIDAS NO CENTRO OBSTÉTRICO DE UM HOSPITAL DA REGIÃO SUL CATARINENSE

Bruna Esmeraldino Pavan

Graduada em Enfermagem – UNESC – brunapavam@gmail.com

Valdemira Santana Dagostin

Mestre - Enfermagem/UNESC – vsd@unesc.net

Magada Tessman Schwalns

Doutora – Enfermagem/UNESC – mts@unesc.net

Iona Vieira Bez Birolo

Mestre – Enfermagem/UNESC – iona@unesc.net

Cecilia Marly Spiazzi

Mestre – Enfermagem/UNESC – marly@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). É direito o acesso das gestantes e recém-nascidos, o atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal. É necessário adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria de acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, e da assistência neonatal. Há ainda, necessidade de adotar medidas que possibilitem o avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis desta assistência, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra referência que garantam o adequado atendimento as gestantes, ao parto e ao recém-nascido. (BRASIL, 2000). Nos centros obstétricos, são comuns as queixas de mal estar decorrentes das fases iniciais da gestação, como náuseas, dor lombar, ansiedade. Pressupõe-se que se estas situações fossem identificadas nos atendimentos efetuados na atenção básica reduziria o número de gestantes fora do trabalho de parto que procurariam o serviço do centro obstétrico. A fim de conduzir o estudo, estabeleceu-se a seguinte **pergunta de pesquisa**: quais as razões que levam a gestante a procurar atendimento no centro obstétrico fora do período de trabalho de parto e sendo este, o objetivo principal do estudo. **Metodologia:** A pesquisa de cunho qualitativo e descritivo realizada em um hospital de pequeno porte na AMREC. Foi realizada entrevista semi- estruturada, em outubro e novembro de 2013, com as 14 gestantes atendidas no CO e não estarefetivamente em trabalho de parto e aceitaram participar, assinando o TCLE. **Resultados/Discussão:** As gestantes participantes do estudo encontrou-se na faixa etária de 18 - 35 anos, com união estável, segundo grau incompleto, sendo a maioria multípara. Apresentando idade gestacional entre 12 a 40 semanas, com patologia pregressa de hipertensão, diabetes, hipotireoidismo, diarreia, obesidade, cálculo renal e portadora do vírus HIV. As sintomatologias relatadas pelas gestantes são: cansaço, edema, distúrbio do sono, dores

generalizadas, falta de ar, taquicardia, dentre outras mencionadas. Os medicamentos prescritos devido à sintomatologia apresentada no momento do atendimento no CO são: ácido fólico, paracetamol, buscopan, poli vitamínicos e DOT e coquetel HIV. A maioria relata não praticar atividade física e a base alimentação ocorre com a ingestão de frutas, verduras, arroz e massas. No que tange ao objetivo proposto, os motivos que levaram as gestantes procurarem o centro obstétrico fora do trabalho de parto, foram à **dor** (a dor refere-se aqui a dores em baixo ventre, disúria, dor abdominal, cólicas); **hipertensão; sangramento; medo** (referiram-se ao medo por já terem tido abortos anteriores) e **edema**. A atenção obstétrica e neonatal, prestada pelos serviços de saúde, deve ter como características essenciais à qualidade e a humanização. Os profissionais de saúde são coadjuvantes e desempenham importante papel, sendo capazes de reconhecer momentos críticos e intervir com seu conhecimento que pode ser decisivo no bem estar tanto da mulher quanto do seu bebê. A equipe de saúde ao realizar a assistência precisa priorizar a humanização durante o atendimento, em particular, a mulher gestante. Quanto maior vínculo e acolhedora for equipe com a gestante, menor será a necessidade de procurar atendimento, pois as suas angustias e preocupações serão sanadas no cotidiano do atendimento. **Conclusão:** O resultado do estudo evidenciou a fragilidade do sistema de saúde, as gestantes buscam o atendimento, na unidade de referência à mulher no município e não na ESF de sua comunidade, fato este que deve ser analisado pelo gestor. O atendimento da rede básica necessita de modificações simples e pontuais para garantir a assistência eficaz a gestante, diminuindo sua procura de atendimento hospitalar. O fortalecimento de ações coletivas que promova a saúde da mulher/ gestante e educação permanente aos colaboradores são algumas estratégias que o município pode dispor. Na atenção hospitalar, a fragilidade nas questões de humanização foi detectada. A construção de mecanismos que possibilite atendimento diferenciado na atenção a gestante, tanto nas unidades de saúde, como hospitalar, carece de atenção.

**Palavras-chave:** Gestante; Trabalho de Parto; Mulher.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: Assistência Humanizada à mulher**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 569 de 01 de Junho de 2000**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. (PNDS). 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão **Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social**. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.459 de 24 de Junho de 2011**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de baixo risco**. 2012.

## VIOLÊNCIAS SOFRIDAS POR MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL

Luize Alves Romancini

Ac. Enf. Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC - luise@unesc.net

Diane Furtado dos Santos Trescher

Ac. Enf. Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC - dianeshow7@hotmail.com

Elisiane Santos Costa Nogueira

Ac. Enf. Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC – elisianenogueira@hotmail.com

Cecília Marly Santos Spiazzi

Enf. Mestre - Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC - marly@unesc.net

Mágada Tessmann Schwalm

Enf. Dra. Mágada Tessmann Schwalm - Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC – enfermagem@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** A violência contra a mulher no período gestacional é considerada um grave problema de Saúde Pública, pois esta traz risco materno-fetal. A violência na gestação relaciona-se a um padrão muito grave de violência, possivelmente mais frequente do que agravos habitualmente rastreados durante o pré-natal, como o diabetes e a hipertensão arterial (MCFARLANE et al. 2002). Este estudo pretende identificar as principais situações de violência à mulher no período gestacional e analisar as características sociodemográficas da população, resultado estes coletados do Núcleo de Prevenção Violências Promoção Saúde. **Metodologia:** Para elaboração desta pesquisa foi realizado um estudo documental no Município de Criciúma-SC, possibilitando a coleta de dados das ocorrências de violência contra as mulheres no período gestacional, dados estes obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Núcleo de Prevenção Violências Promoção Saúde, que é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória pelo Ministério da Saúde, juntamente com a Delegacia da Mulher do município e o Centro de Referência Especializado em Assistência Social os dados coletados são referentes ao período de janeiro a dezembro do ano 2012. **Resultados/Discussão:** Os resultados obtidos foram um total de 66 mulheres que foram violentadas durante a gestação no ano de 2012. Em relação à idade, 12 mulheres tinham entre 10 (dez) a 14 (quatorze) anos, 21 mulheres entre 15 (quinze) a 19 (dezenove) anos, 28 mulheres tinham de 20 (vinte) a 34 (trinta e quatro) anos e 05 mulheres de 35 (trinta e cinco) a 49 (quarenta e nove) anos. Em relação ao grau de instrução, 44 mulheres possuíam ensino fundamental, 16 ensino médio, 02 ensino superior completo e 04 com grau de instrução ignorado. No que se refere à raça, 49 mulheres eram da raça caucasiana, 08 raça negra, 06 pardas e 03 raça não mencionada. Com esse estudo foi possível identificar os principais tipos de violência contra mulheres no período gestacional sendo que, 13 mulheres sofreram violência física, 01 mulher violência psicológica, 04 mulheres violência sexual, 42 mulheres violência por negligência, 01 mulher violência relacionada ao trabalho. **Conclusões:** Os resultados obtidos foram um total de 66 mulheres que foram violentadas durante

a gestação no ano de 2012. Em relação à idade, 12 mulheres tinham entre 10 (dez) a 14 (quatorze) anos, 21 mulheres entre 15 (quinze) a 19 (dezenove) anos, 28 mulheres tinham de 20 (vinte) a 34 (trinta e quatro) anos e 05 mulheres de 35 (trinta e cinco) a 49 (quarenta e nove) anos. Em relação ao grau de instrução, 44 mulheres possuíam ensino fundamental, 16 ensino médio, 02 ensino superior completo e 04 com grau de instrução ignorado. No que se refere à raça, 49 mulheres eram da raça caucasiana, 08 raça negra, 06 pardas e 03 raça não mencionada. Com esse estudo foi possível identificar os principais tipos de violência contra mulheres no período gestacional sendo que, 13 mulheres sofreram violência física, 01 mulher violência psicológica, 04 mulheres violência sexual, 42 mulheres violência por negligência, 01 mulher violência relacionada ao trabalho.

**Palavras-chave:** Violência Contra a Mulher; Gestante; Cuidados de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social Combate a Fome. **Centro de Referência Especializado em Assistência Social**, 2013. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaoespecial/creas>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

MCFARLANE, Judith. et al. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. **Obstetrics & Gynecology**, Texas, v.100, n.1, p.27-36, 2002.



## ANÁLISE DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL EM TRÊS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CRICIÚMA – SC

Lidiane Ribeiro de Souza

Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: lidiane\_ris@hotmail.com

Priscyla Waleska Simões

Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: pri@unesc.net

Luciane Bisognin Ceretta

Doutora em Ciências da Saúde. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: luk@unesc.net

Lisiane Tuon

Doutora em Medicina e Ciências de Saúde. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. Email: ltb@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** Estima-se que, no Brasil, existam cerca de 200 mil cuidadores, embora não haja um levantamento oficial. Estes necessitam esclarecer suas dúvidas e expor suas angústias, pois desta forma, é possível a elaboração de ações que o oriente nos cuidados com o sujeito que recebe o cuidado. O número de idosos com mais de 60 anos passou de 14,8 milhões em 1999 para aproximadamente 20,6 milhões em 2010 (11% da população). Entre os mais velhos, em 1999, o Brasil registrava 6,4 milhões de pessoas com mais de 70 anos (3,9% da população total). Já em 2010 a população dessa faixa etária atingiu um efetivo de 9,3 milhões de idosos, correspondendo a 5,1% dos brasileiros (IBGE, 2011). Este estudo objetivou avaliar a sobrecarga do cuidador informal das Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Criciúma-SC.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa, com população configurada como censitária. O presente trabalho possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UNESC 399.453/2013. Os instrumentos utilizados para a realização da pesquisa foram o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) e a Medida de Independência funcional (MIF) para analisar o grau de dependência daquele que recebe o cuidado. O QASCI foi aplicado em 33 cuidadores recrutados a partir dos dados disponíveis em sua ESF de origem, no período de setembro a outubro de 2013.

**Resultados/Discussão:** A maioria dos cuidadores era do sexo feminino (90,9%) com média de idade de 51,7 ( $\pm 11,0$ ) anos. Em relação ao grau de parentesco, 45,5% eram filhos(as) e MIF Global dos sujeitos ao qual era dedicado o cuidado foi de 70,2 ( $\pm 40,1$ ). Os dados evidenciaram uma predominância de cuidadores com sobrecarga elevada em cinco dos sete domínios do QASCI, com exceção apenas dos itens Sobrecarga financeira e Satisfação com o papel e com o familiar. A sobrecarga do cuidador informal é uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados. O processo de cuidar de um familiar idoso e/ou dependente é contínuo e quase sempre irreversível

(FERREIRA et al., 2011). Neste contexto, a doença prolongada de um familiar representa uma situação geradora de estresse, uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social. Em face destas situações adversas e na ausência de mecanismos de resolução de problemas imediatos, o cuidador fica sujeito a uma situação problemática, que pode conduzir a um estado de desorganização psicossocial, frequentemente acompanhado de sentimentos negativos, como medo, culpa e ansiedade. Quando este estado de mal-estar e tensão não é tolerado durante um longo período, o indivíduo tende a adotar novos modos de resposta para superar a crise, que poderão conduzir a um ajustamento não saudável com repercussões emocionais negativas, gerando a sobrecarga (PEREIRA et al., 2013). **Conclusões:** No decorrer deste estudo, deparou-se com pessoas que necessitaram reestruturar toda uma forma de vida para prestar o cuidado. Privando-se de tempo de lazer, de exercer uma atividade laboral, sacrificando sua rotina pessoal e muitas vezes sua saúde física, emocional e social. Voltar à atenção aos cuidadores, entendendo as barreiras físicas, sociais e emocionais envolvidas no ato de cuidar, torna-se imprescindível no âmbito da saúde coletiva tanto para proporcionar maior qualidade de vida e menor sobrecarga nos cuidadores, quanto para quem é cuidado.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva; Cuidadores; Independência e Saúde.

## REFERÊNCIAS

FERREIRA, Caroline Gomes et al. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 2, 2011.

PEREIRA, Roberta Amorim et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico de 2010:** resultado do universo [Internet]. Rio de Janeiro; 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/censo2010/tabelabrasil1.12.shtm>> . Acesso em 13 de fevereiro de 2014.

## AGRADECIMENTOS

Prefeitura Municipal de Criciúma, Ministério da Saúde.

## REDE CEGONHA: CUIDANDO DA MÃE E DO BEBÊ

**Heloísa Bello**

Enfermeira, Professora Mestre na Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
heloisa.bello@pucrs.br

**Jéssica de Deus**

Graduada em Nutrição/Bolsista PRO/PET-Saúde – Rede Cegonha  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
jessica.deus@acad.pucrs.br

**Mônica Munari**

Graduada de Enfermagem/Bolsista PRO/PET-Saúde – Rede Cegonha  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
msmunari@gmail.com

**Hélida Viegas**

Graduada de Fisioterapia/Bolsista PET-Saúde – Rede Cegonha  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
helida.ribas@acad.pucrs.br

**Maria Natalia Santana**

Graduada de Nutrição/Bolsista PRO/PET-Saúde – Rede Cegonha  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
naty.teodoro.santana@gmail.com

**Juliana Weide**

Graduada de Psicologia/Bolsista PRO/PET-Saúde – Rede Cegonha  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
julianaweide@hotmail.com

## RESUMO

**Introdução:** A Rede Cegonha, instituída como uma política do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2011, abrange uma série de medidas, ações e cuidados para assegurar às mulheres um atendimento seguro, humanizado e de qualidade durante o planejamento familiar, a gestação, passando pelo pré-natal e parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê. Para garantir a efetividade das propostas citadas na Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011 vemos a importância de pensar e efetivar ações de promoção e de prevenção que envolvam o Ministério da Saúde, a Universidade - em especial os cursos de graduação na área da saúde - e serviços da Secretaria Municipal de Saúde. O presente trabalho apresenta algumas ações desenvolvidas por um grupo de doze alunos dos nove cursos da área da saúde envolvidos no projeto Cuidando da Mãe e do Bebê do Programa de Educação pelo Trabalho (PET- Saúde) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Os alunos estão distribuídos em oito campos de prática: três Unidades de Saúde da Família (USFs) das Gerências distritais Leste/Nordeste e duas da gerência distrital Partenon /Lomba do Pinheiro; a Área Técnica de Saúde da População Negra e da Saúde Mental como áreas transversais da Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre e o Centro Obstétrico do Hospital São Lucas da PUCRS. Os principais objetivos são: oferecer oficinas sobre cuidados em saúde de acordo com necessidades da comunidade; auxiliar a equipe de saúde local a identificar precocemente sinais de

gestação de alto risco, tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus e hemoglobinopatias (ênfatizando a triagem neonatal); articular atividades entre escolas e a rede de serviços de saúde, identificando e acompanhando adolescentes gestantes e atuando na prevenção da gestação em adolescentes, bem como realizar acompanhamento domiciliar às gestantes, às puérperas e às crianças. Para contemplar as duas linhas transversais de atuação, a de saúde mental pretende sensibilizar e apurar a escuta dos profissionais pré-natalistas em relação aos cuidados com a saúde mental da gestante, identificar transtornos mentais, sejam eles graves ou não, aprimorar o trabalho em rede no modelo de linha de cuidado à gestante. Quanto à saúde da população negra, visto que as mulheres negras são mais predisponentes a doença hipertensiva gestacional e a anemia falciforme intenciona alertar para um olhar atento quanto a estes aspectos dos profissionais envolvidos com a atenção a este grupo de gestantes. A transversalidade neste projeto busca chamar atenção dos profissionais, que cuidam destas mulheres no processo de gestação-parto-nascimento e puerpério, identifiquem e acompanhem estas gestantes na prevenção, promoção e recuperação de sua saúde. **Desenvolvimento:** Dentro das ações desenvolvidas nas unidades de saúde da família das Regiões Leste e Nordeste e Partenon/Lomba do Pinheiro de Porto Alegre e no Centro Obstétrico do Hospital São Lucas da PUCRS, utilizamos recursos como: diagnóstico da área de abrangência das unidades, pesquisa e organização de prontuários, cadastramento de gestantes em banco de dados, grupos de gestantes e puérperas, visitas domiciliares, busca ativa de gestantes e crianças faltantes em consultas, grupos de gestantes e de bebês e a produção de materiais instrucionais para a Educação em saúde tanto dos trabalhadores quanto das mulheres gestantes e/ou puérperas. **Considerações Finais:** Almejamos que com o desenvolvimento das ações, ao final do projeto, possamos contribuir para a qualificação da atenção prestada pelos profissionais dos campos de prática às mulheres e suas famílias durante o processo de gestação/parto/puerpério, bem como à criança até um ano de vida nos campos de atuação e que assim as propostas previstas no Rede Cegonha possam ser fortalecidas nos diversos âmbitos de cuidado.

**Palavras-chave:** Gestação; Pré-natal; Parto; Puerpério.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.459**, 24 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Atenção ao Pré-Natal de baixo risco. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Saúde Sexual e Reprodutiva. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF, 2012.

## RELAÇÃO ENTRE O CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE SAÚDE BUCAL E A NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE BEBÊS DE 0 A 2 ANOS

**Luiza Silveira Lessa**

Cirurgiã Dentista Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: luslessa@gmail.com.

**Luciane Bisognin Ceretta**

Doutora em Ciências da Saúde. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: luk@unesc.net

**Lisiane Tuon**

Doutora em Medicina e Ciências de Saúde. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: ltb@unesc.net

**Priscyla Waleska Simões**

Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: pri@unesc.net.

**Fernanda Gugliemi Faustini Sonogo**

Mestre em Odontologia. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: fgfsonego@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** Por muito tempo, o atendimento odontológico infantil esteve restrito à faixa etária escolar, recomendando-se que mães e pais levassem seus filhos ao dentista a partir dos três anos de idade. Todavia, tais conceitos vêm sendo contestados por estudos mais recentes, que apontam a atenção precoce como conduta ideal (HANNA; NOGUEIRA; HONDA, 2007). Internacionalmente, a American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) (2012) reconhece o período perinatal - juntamente com a primeira infância - como ideal para prevenção e cuidado odontológico, aumentando as chances de uma vida livre de problemas bucais evitáveis. A educação em saúde pode ser considerada estratégia fundamental na manutenção da saúde bucal e prevenção de doenças. No caso de bebês, a educação odontológica deve ser voltada à mãe/responsável pela criança, que tem a família como apoio e modelo para seus atos (GIGLIOTTI et al., 2007). Entretanto, muitas vezes, as informações necessárias para os cuidados com a saúde bucal do bebê não são transmitidas aos pais e/ou responsáveis, prejudicando sua eficiência (GUARIENTI; BARRETO; FIGUEIREDO, 2009). **Objetivo:** avaliar a relação entre o conhecimento das mães sobre saúde bucal e a necessidade de tratamento odontológico de bebês de 0 a 2 anos em um bairro do município de Criciúma, Santa Catarina. **Metodologia:** realizou-se um estudo de caráter observacional, transversal, descritivo e prospectivo de abordagem quantitativa, cuja população foi constituída por 39 bebês de 0 a 2 anos, bem como suas respectivas mães. Os dados foram coletados por meio de exames clínicos bucais nos bebês, a fim de verificar a necessidade de tratamento odontológico, bem como aplicação de questionários com as mães, contendo 12 questões fechadas. A coleta foi realizada mediante assinatura do Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido pela mãe/responsável. Previamente à realização do estudo, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) sob o número 365.398/2013. **Resultados/Discussão:** A população predominante da pesquisa foi composta por mães adultas, de alta escolaridade e renda média, bem como seus respectivos bebês. Nossa casuística demonstrou que 17,9% (n=7) dos bebês examinados apresentaram alguma necessidade de tratamento odontológico. O número médio de refeições diárias foi significativamente menor ( $p=0,028$ ) neste grupo ( $6,6\pm 2,6$ ), se comparado aos bebês sem necessidade de tratamento odontológico ( $8,5\pm 1,9$ ). Apesar de a associação entre maior escolaridade e grau de conhecimento sobre saúde bucal ser um achado recorrente na literatura (GIGLIOTTI et al., 2007), nosso estudo não encontrou associação estatisticamente significativa entre o grau de instrução das mães e a necessidade de tratamento odontológico dos bebês. Em relação ao acompanhamento odontológico precoce, apenas 10,3% (n=4) dos bebês examinados haviam sido submetidos a algum tratamento prévio, sendo 50% (n=2) destes por razões preventivas e o restante por motivos de dor/urgência (25%; n=1) ou encaminhamento (25%; n=1). A falta de conhecimento de 56,4% (n=22) da nossa amostra a respeito da transmissão de bactérias cariogênicas foi semelhante a resultados encontrados em outros estudos, onde, apesar de a maioria (80%) dos pais entrevistados reconhecerem a cárie como uma doença, 52% não acreditavam que esta pode ser transmitida (GUARIENTI; BARRETO; FIGUEIREDO, 2009). **Conclusões:** Os resultados sugerem que fatores relacionados à conduta materna exercem influência sobre a saúde bucal de seus filhos. Adicionalmente, a falta de conhecimento detectada em parte da amostra no que diz respeito a questões fundamentais sobre saúde bucal aponta a necessidade de intervenção por parte dos profissionais de saúde, por meio de ações educativas que tenham como enfoque a promoção da saúde. Em decorrência do número reduzido da amostra pesquisada, sugere-se que novos estudos sejam realizados neste sentido para a obtenção de resultados mais conclusivos.

**Palavras-chave:** Bebês; Odontopediatria; Saúde pública.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Reference Manual 2012-2013. **Pediatr Dent**, v. 34, n. 6, p.1-365, 2012.

GIGLIOTTI, M. P. et al. Relação entre nível de escolaridade de mães e percepção sobre saúde bucal de bebês. **Salusvita**, Bauru, SP, v. 26, n. 2, p.65-73, 2007.

GUARIENTI, C. A.; BARRETO, V. C.; FIGUEIREDO, M. C. Conhecimento dos pais e responsáveis sobre saúde bucal na primeira infância. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 9, n. 3, p.321-325, 2009.

HANNA, L. M. O.; NOGUEIRA, A. J. S.; HONDA, V. Y. S.. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. **RGO**, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p.271-274, 2007.

## NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E ASPECTOS DE SAÚDE DE PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA ORIENTADA NA UBS PARAÍSO/TEREZA CRISTINA

Cledir Lago

Graduada em Educação Física. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. E-mail: cledirlago.leika@hotmail.com

Raquel Cristina Muniz de Souza

Graduada em Educação Física. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. E-mail: raquel1.biba@gmail.com

Luciane Bisognin Ceretta

Doutora em Ciências da Saúde. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: luk@unesc.net.

Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões

Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: pri@unesc.net.

Joni Marcio de Farias

Doutor em Ciências da Saúde. Tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: jmf@unesc.net.

### RESUMO

**Introdução:** Os mecanismos tecnológicos muito têm auxiliado nas atividades diárias da população, sendo de grande importância para evolução e modernização da sociedade, porém caracterizando uma vida mais fisicamente inativa. A atividade física é uma opção comportamental, que se executada de forma regular melhora a aptidão física e a saúde do indivíduo. Cada vez mais é evidenciada a importância do cuidado com a saúde das pessoas decorrente do aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas bem como o nível de atividade física, que são significativamente menores se comparadas com a recomendação do American College of Sports Medicine (NAHAS, 2014). Diante deste cenário, o objetivo deste estudo foi analisar o nível de atividade física e os aspectos de saúde das pessoas que frequentam um grupo de atividade física orientada. A amostra foi constituída de 16 indivíduos de ambos os gêneros pertencentes à Unidade de Saúde do bairro Paraíso/Tereza Cristina Criciúma - SC, com idade média de 68,7 anos (homens) e 57,2 anos (mulheres), com frequência no programa de atividade física desenvolvido na Unidade. **Metodologia:** Foi utilizada avaliação antropométrica para determinar a composição corporal, Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) para o nível de atividade física habitual, e o questionário de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008), (LOPES, J. A. et al., 2010) contendo perguntas abertas sobre estado atual de saúde do participante. Para a análise dos dados foi utilizado o Microsoft Office Excel 2003 no qual se calculou a média, desvio padrão, frequência absoluta e relativa. **Resultado/Discussão:** Os resultados demonstraram que 37,5% pertencem às classes sociais C1 e B2 com renda familiar entre R\$ 1.195 e R\$ 2.013. Tanto homens como mulheres estão com o Índice

de Massa Corporal (IMC) de  $29,7 \pm 5,04$  kg/m<sup>2</sup>, classificados com sobrepeso, na avaliação da Relação Cintura Quadril (RCQ), as mulheres apresentaram uma média de  $0,84 \pm 0,13$  cm, e os homens  $0,95 \pm 0,07$  cm, apresentado assim um elevado risco a morbidades, conforme o levantamento Vigitel (2013), 50,8% dos brasileiros está acima do peso ideal. Destes, 17,5% são obesos. Sobre os aspectos de saúde 93% não fazem uso do tabaco, 75% não possuem alergias, 75% possuem histórico de doenças na família como diabetes hipertensão, obesidade, osteoporose, artrite. Somente 56,25% estão classificados como fisicamente ativos realizando exercícios moderados em média 3 vezes por semana com sessão de 60 minutos cada, resultando acúmulo de 150 minutos ou mais de atividade semanais, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde. **Conclusões:** O perfil dos participantes do programa de atividade física orientada foi composto por pessoas com baixa renda, e conseqüentemente baixo nível de escolaridade, com um Índice de Massa Corporal elevado para a faixa etária e relacionando a Relação Cintura Quadril com pré-disposição a agravos a saúde, apresentando baixa propensão ao uso do tabaco, porém com uma forte incidência no histórico familiar, indicando a necessidade de um acompanhamento mais sistemático. Sobre a atividade física, a incidência foi maior comparada a outros estudos, porém ressalta-se que a população avaliada considerou participantes de um programa de atividade física, no entanto, observa-se que esta mudança de comportamento só ocorreu devido ao serviço ser ofertado na Unidade de Saúde onde a Residência Multiprofissional realiza suas atividades por meio da intervenção dos profissionais de Educação Física.

**Palavras-chave:** Atividade Física; Incidência; Prevalência; Epidemiologia Descritiva; Nível de Atividade Física.

## REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Dados com base no Levantamento Sócio Econômico – 2005 – IBOPE**. Disponível em: <http://www.abep.org>. Acesso em: 13 maio 2014.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 6º Ed. Londrina. Midiograf, 2013.

LOPES, J. A. et al. **Fatores associados à atividade física insuficiente em adultos: estudo de base populacional no sul do Brasil**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v.13, n.4, p.689-698, 2010.

Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2013. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/brasil-estabiliza-taxas-de-sobrepeso-e-obesidade> acesso: 14/05/2014.



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTE PORTADORA DE ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA NERVOSA

Daniela Machado

Acadêmica 8ª fase do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: danielamachadodm@hotmail.com.

Morgana Vanessa Barreto

Acadêmica 8ª fase do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: ganabarreto@hotmail.com.

Susane Raquel Périco

Enfermeira Especialista em Saúde da Mulher. Professora do Curso de Enfermagem da UNESC. E-mail: susaneperico@unesc.net

Fabiane Ferraz

Dra. em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da UNESC. Membro do Grupo de Estudo Laboratório de Direito Sanitária e Saúde Coletiva. E-mail: fabi.ferraz@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** A bulimia e a anorexia nervosas são transtornos do comportamento alimentar que têm aumentado em frequência e importância, principalmente entre adolescentes e mulheres adultas jovens. Estima-se que 20% das mulheres jovens podem estar em risco de desenvolver essas patologias (NUNES, 2001). Enquanto acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense entendemos que estes transtornos são de difícil tratamento, sendo indispensável o trabalho e acompanhamento permanente de equipe multidisciplinar. **Objetivo:** aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem em paciente portadora de anorexia e bulimia nervosa a fim de melhorar as condições de saúde da pessoa. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência de uma vivência de aulas práticas desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde de um município do Extremo Sul Catarinense, no período de 15 de abril a 15 de maio de 2013 com uma paciente portadora de depressão, anorexia e bulimia desencadeadas por história de obesidade e depressão pós-parto. Utilizou-se como instrumento o processo de enfermagem o Método OTDPIA, norteado pela teoria de enfermagem de Joyce Travelbee, cujo foco é a relação pessoa-pessoa (LEOPARDI, 2006). Para a elaboração dos diagnósticos utilizou-se a taxonomia NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). **Resultados/Discussão:** no método OTDPIA toma-se como base a coleta de dados subjetivos (ouvir) e objetivos (tocar). Ouvir: D.A.P, 31 anos, sexo feminino, ensino fundamental incompleto, costureira, casada, possui dois filhos. História de depressão na família e depressão pós parto há 9 anos, anorexia e bulimia descoberta há 6 meses. Após o nascimento do filho caçula adquiriu a depressão pós parto, na época pesava 50kg e com a depressão refere o aumento de peso, chegando a pesar 99Kg. Durante brigas conjugais seu marido a chamava de “gorda” e seu filho mais velho também tinha este hábito, infeliz com a situação decidiu emagrecer a base de medicações, a partir desse momento refere que sua vida mudou muito, se alimenta pouco e mal, começou a surgir dores gástricas, náuseas, êmese após alimentar-se, perda de peso e fraqueza muscular. Descobriu ser portadora de anorexia e bulimia no ano de 2013 após realização de vários exames. Mesmo sabendo de sua doença,

conta que continua introduzindo os dedos na garganta para provocar o vômito. Senta-se a mesa e almoça normalmente, mas sempre pensando em terminar a refeição para ir vomitar. Atualmente frequenta o CAPS e recebe acompanhamento psiquiátrico e psicológico. Tocar: fácie depressiva, orientada e comunicativa, trêmula. Tórax simétrico com boa expansibilidade, murmúrios vesiculares presentes, bulhas cardíacas normofonéticas, RR, 2t. Abdome plano indolor a palpação, RHA +. Extremidades: escoriações no dorso das mãos, perfusão tissular periférica satisfatória, eliminações vesicais normais e intestinais ausentes há três dias. Sinais vitais: PA 90/60 mmHg; FC 60 bpm, FR 19 mpm; TAX 36.1°C, Peso 55kg. A partir dos dados coletados da paciente, realizamos as seguintes ações: Diagnóstico1: Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais relacionados a fatores psicológicos, caracterizado pela aversão ao ato de comer. Plano1: Aumentar estímulo e interesse pela alimentação. Intervenções1: Alertamos sobre os riscos da falta de nutrientes e vitaminas no organismo; sugerimos procurar serviço de nutrição e psicologia na UBS e manter o tratamento junto ao CAPS. Diagnóstico2: Comportamento de saúde propenso a risco relacionado a baixa autoconfiança, caracterizado por não conseguir agir de forma a prevenir problemas de saúde. Plano2: Modificar estilo de vida. Intervenções2: Sugerimos a prática de atividades alternativas como artesanato em casa, para estimular cognição e aumentar autoconfiança por sentir-se útil. Diagnóstico3: Risco de desequilíbrio eletrolítico caracterizado pelo vômito. Plano3: Diminuir frequência dos vômitos. Intervenções3: Estimulamos a paciente comer pouco e mais vezes ao dia; alertamos sobre os riscos que vômito induzido pode provocar. A partir das intervenções aplicadas avaliamos que apesar da fragilidade e incapacidade perante a doença, pode-se verificar o brilho no olhar e interesse pela melhora, manifestando vontade em curar-se. Demonstrou compreender as orientações e recomendações realizadas. **Conclusão:** a aplicação da Sistematização da Assistência de enfermagem através do método OTDPIA proporciona uma consulta de enfermagem baseada em evidências com sólidas bases científicas no desenvolvimento de um plano de cuidados e resultados efetivos que corroborem para a produção de saúde do paciente.

**Palavras-chave:** Assistência Integral a Saúde; Planejamento de Assistência ao Paciente; Enfermagem; Comportamento Alimentar.

## REFERÊNCIAS

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teoria e método em assistência de enfermagem.** Florianópolis: Soldasoft, 2006. 393 p.

NUNES, M.A.; et al. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.1, p. 21-27, 2001.

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTE PORTADORA DE DEPRESSÃO GRAVE INTERNADA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

**Morgana Vanessa Barreto**

Acadêmica 8ª fase do Curso Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: ganabarreto@hotmail.com.

**Daniela Machado**

Acadêmica 8ª fase do Curso Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: danielamachadodm@hotmail.com.

**Sônia Correa**

Especialista em Saúde Mental. Professora do Curso de Enfermagem da UNESC. E-mail: soncorrea@yahoo.com.br

**Fabiane Ferraz**

Dra. em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da UNESC. Membro do Grupo de Estudo Laboratório de Direito Sanitária e Saúde Coletiva. E-mail: fabi.ferraz@unesc.net

### **RESUMO**

**Introdução:** a depressão é uma doença tipicamente caracterizada por mudanças no comportamento, no ânimo e, principalmente, nos estados de humor dos indivíduos portadores da doença. O desencadeamento das crises depressivas geralmente ocorre em virtude de múltiplos fatores, variando de pessoa para pessoa, dependendo de maior ou menor tendência à doença. O suicídio é considerado a principal causa do aumento observado na mortalidade entre indivíduos depressivos (VELASCO, 2009).

**Objetivo:** desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem em paciente internada em hospital psiquiátrico com diagnóstico de depressão grave, a fim de melhorar a qualidade do cuidado prestado por acadêmicas de enfermagem.

**Metodologia:** trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir do estudo de caso de uma paciente portadora de depressão grave, realizado em aulas práticas junto a um hospital psiquiátrico, de um município do Extremo Sul Catarinense, no período de 16 a 23 de setembro de 2013. A sistematização da assistência de enfermagem foi baseada no processo de enfermagem a partir do método OTDPIA, norteado pela teoria de enfermagem de Joyce Travelbee, cujo foco é a relação pessoa-pessoa (LEOPARDI, 2006). Para a elaboração dos diagnósticos utilizou-se a taxonomia NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

**Resultados/Discussão:** o método OTDPIA toma como base a coleta de dados subjetivos (ouvir) e objetivos (tocar). Ouvir: P.G, 21 anos, sexo feminino, ensino fundamental incompleto, parou com os estudos porque sofria bullying na escola. Relata ter sido vítima de estupro por caminhoneiro em agosto de 2012 e a partir do ocorrido vem apresentando sintomas de depressão e vontade de morrer e quando apresenta “crises” tenta cometer o suicídio. Faz tratamento no CAPS do município onde reside. Internou na instituição psiquiátrica por tentativa de suicídio com uma faca, relatou que tentou cortar os pulsos. Aceitou a internação sem resistência, quer realizar o tratamento para ficar melhor e receber alta. Toque: sob efeito de sedativos, normocorada, fácies depressiva, porém comunicativa, apresentando momentos de confusão devido a efeitos de sedativos, sem anormalidades ao exame físico, eliminações fisiológicas presentes, boa aceitação da dieta e adesão do tratamento

medicamentoso. Consulta ao Prontuário:13/09/2013 P.G, 21 anos, vem acompanhada da mãe, interna por tentativa de suicídio com medicações e atropelamento devido rompimento com namorado, doença piorou após agosto de 2012, quando existe boletim de ocorrência por estupro de desconhecido (caminhoneiro). A mãe refere que sempre foi a pior aluna da escola, pois sofria bullying. Após o fato descrito o namorado acabou seu namoro e então tornou-se agressiva como mãe. Apresenta alucinações visuais (vultos com capa preta) e auditivas (pessoas chamam). História pregressa: Pós-datismo ao nascer, com fórceps, convulsões pós-parto. Possível retardo mental leve. História Familiar Pgressa: Pai alcoolista e familiares com esquizofrenia. A partir dos dados coletados da paciente, realizamos as seguintes ações:Diagnóstico 1:confusão aguda, relacionado a delírio, caracterizado por alucinações. Plano 1: amenizar confusão. Intervenção 1: orientamos sobre a importância de manter tratamento psicológico e psiquiátrico após internação. Diagnóstico 2:risco de baixa autoestima situacional, caracterizado por história de abuso. Plano 2: aumentar autoestima. Intervenção 2: elogiamos suas qualidades. Diagnóstico 3: síndrome do trauma de estupro, caracterizado pelas tentativas de suicídio. Plano 3: diminuir chances de novas tentativas de suicídio. Intervenção 3: Incentivamos a não desistir do tratamento e a manter contato com profissionais da saúde mental. Diagnóstico 4: disposição para o autoconceito melhorado, caracterizado por aceitar suas limitações. Plano 4:fortalecer disposição. Intervenção 4: Esclarecer suas dúvidas em relação a suas limitações. A partir das intervenções aplicadas avaliamos que a paciente demonstrou disposição e entusiasmo diante das orientações realizadas, porém é difícil afirmar se realmente houve compreensão, pois a mesma estava sob efeito de tratamento medicamentoso. **Conclusão:**a realização do estudo de caso em paciente com diagnóstico de depressão possibilitou um maior entendimento sobre este transtorno que hoje é considerado o mal do século. O primeiro dia na instituição psiquiátrica foi um momento considerado tenso por nós, mas isto devido ao despreparo técnico e o nosso insipiente domínio teórico, além de algumas histórias sobre manicômios, psiquiatria e “loucura” que vem do senso comum, sendo muitas vezes reproduzidas e precisam ser desmitificadas, por meio do conhecimento que envolve o processo saúde-doença dos pacientes da saúde mental.

**Palavras-chave:**Cuidados de Enfermagem; Transtorno Depressivo Maior; Saúde Mental.

## REFERÊNCIAS

LEOPARDI, M.T.. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. Florianópolis: Soldasoft, 2006. 396 p.

LICINIO, J; WONG, M. **Biologia da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 2007. 403p.

VELASCO, PM. **Depressão e transtornos mentas:** tudo o que você deve e precisa saber. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2009. 244 p.

## **EIXO 4 – POLÍTICAS PÚBLICAS, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE**

---

## GESTÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O CONTROLE SOCIAL: APONTAMENTOS PARA UM DEBATE<sup>1</sup>

Maria Elisabeth Kleba

Doutor em Filosofia; Universidade Comunitária da Região de Chapecó, [ikleba@unochapeco.edu.br](mailto:ikleba@unochapeco.edu.br)

Águeda Lenita Pereira Wendhausen

Doutor em Enfermagem; [aguedalenita@gmail.com](mailto:aguedalenita@gmail.com)

### RESUMO

**Introdução:** A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil implicou inúmeros desafios a todos os envolvidos. Salientam-se desde a Constituição Federal diretrizes como descentralização, atenção integral e participação da comunidade, que orientam a reconfiguração de estruturas, processos de trabalho, bem como relações entre gestores, trabalhadores e usuários da saúde. As mudanças requeridas nessa reconfiguração exigem desses atores uma participação mais comprometida no processo decisório, como protagonistas corresponsáveis na invenção de novas formas de organizar, implementar e constituir relações na produção de bens e serviços de saúde. As reflexões aqui apresentadas pretendem contribuir com o fortalecimento dos processos de democratização da gestão, mas também das iniciativas de participação política na construção social da saúde no Brasil. **Desenvolvimento:** No âmbito do SUS, gestão implica atribuições como condução política dos processos de tomada de decisão, incluindo planejamento, organização, coordenação, monitoramento e avaliação de programas, serviços e atividades. A gestão em saúde constitui-se práxis social em âmbito institucional, de natureza complexa e caráter polivalente (ético, político, estratégico, técnico, administrativo), tendo como propósito a intermediação e a implementação das políticas (CARVALHO *et al*, 2012). Nessa perspectiva, entre os parâmetros para orientar a implementação de ações e dispositivos coerentes com os princípios do SUS, a Política Nacional de Humanização salienta a ampliação do “diálogo entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção” (BRASIL, 2010, p 39). A participação social tem sido implementada de forma mais orgânica, a partir da Lei 8142, de 1990, em conselhos e conferências de saúde, mecanismos institucionalizados da gestão democrática e participativa. Por outro lado, diferentes espaços de encontro entre sujeitos que constroem e constituem estruturas, processos e relações do cuidado em saúde destacam-se como mediadores de processos de empoderamento, possibilitando a revisão de papéis e de sentidos na produção da vida cotidiana. A gestão participativa viabiliza o diálogo e a pactuação de diferenças, bem como a construção de sentidos e “conhecimentos compartilhados, considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos” (BRASIL, 2010, p. 60). Propomos uma forma de apoiar e recriar tais espaços participativos no âmbito do SUS, como mediadores de processos de empoderamento em nível pessoal, grupal e político. O empoderamento, considerado em seus três níveis interdependentes, interligados aos campos da promoção da saúde propostos na Carta de Ottawa (BRASIL, 2002), contribui com elementos que possibilitam visualizar estratégias favoráveis à participação social no campo da saúde, coerentes com as políticas do Ministério da Saúde (MS) no Brasil. O empoderamento pessoal é relativo ao

---

<sup>1</sup> Resumo Conferência: “Gestão dos serviços públicos do SUS e o controle social no Brasil”

fortalecimento das habilidades individuais e à organização de ambientes saudáveis ao bem viver, em cuja direção o MS aponta, como diretriz da Atenção Básica (AB), o apoio à capacidade e autonomia das pessoas no cuidado de si e das coletividades no território (BRASIL, 2011). Já o empoderamento grupal é relativo ao reforço às iniciativas comunitárias e à reorientação dos serviços de saúde, para o que os colegiados de gestão e conselhos locais de saúde são relevantes, como espaços de diálogo no qual trabalhadores e usuários podem constituir-se parceiros efetivos na melhoria das condições de vida na comunidade, incluindo ressignificação do papel do serviço de saúde no território. O empoderamento político é relativo à construção de políticas públicas favoráveis, cujo apoio à participação social se dá no fortalecimento das pessoas e organizações em sua atuação junto aos conselhos gestores bem como outros espaços de controle público sobre as políticas. **Considerações finais:** No âmbito do SUS, um dos desafios da gestão consiste em promover e apoiar a participação social nos diferentes espaços de construção social da saúde. Esses espaços constituem-se como mediadores de processos de empoderamento em nível pessoal, grupal e político, apoiados no ideário da Promoção da Saúde. Isto poderia facilitar a superação de conflitos, ressignificação das relações sociais e institucionais e construção de parcerias efetivas em prol da saúde das pessoas, da comunidade e das coletividades. Assim, compreendemos como Guizardi (2009) que a participação política no SUS é um desafio e “aceitá-lo é “ criar novas alternativas e também reinventar as existentes, aproximando-as das expectativas éticas de democratização social que o direito à saúde expressa e mobiliza”.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde; Participação Social; Política de Saúde.

## REFERÊNCIAS

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. 5. reimpressão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

GUIZARDI, Francini Lube. **Do controle social à gestão participativa:** perspectiva pós-soberanas da participação política no SUS. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2008.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de; SOUZA, Maria de Fátima; SHIMIZU, Helena Eri; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas; OLIVEIRA, Kátia Cristina de. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2488/GM/MS**, de 21 de outubro de 2011: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

## **ACESSO AOS RECURSOS DO SUS PELOS SETORES PRIVADOS E FILANTRÓPICOS DA SAÚDE POR MEIO DA COMPLEMENTARIDADE DOS SERVIÇOS**

Tânia Regina Krüger

Prof. do Depto de Serviço Social da UFSC. E-mail: taniareginakruger@gmail.com

Aricia Furlanetto dos Passos

Bacharel em Serviço Social pela UFSC. E-mail: ariciaerenato@hotmail.com

### **RESUMO**

Este texto tem por objetivo apresentar uma sistematização das formas de acesso aos recursos do SUS por meio da complementaridade dos serviços privados e filantrópicos prevista no artigo 199 da Constituição. O ganho histórico e civilizacional para a sociedade brasileira, que está expresso nos cinco artigos (196 a 200) da Constituição de 1988 que tratam de direito à saúde e institui o SUS, também permite que o interesse público e coletivo seja tensionado e seus recursos disputados pelo setor privado referido nos artigos 197 e 199. Para expressar as formas desta tensão e destas disputadas o texto caracteriza cinco formas de acesso dos recursos públicos da saúde destinados ao setor filantrópico e privado da saúde pautados pelas normas do Direito Público: a) contratos com o setor filantrópico e privado; b) renúncia fiscal, subsidio e subvenções; c) co-financiamento dos planos privados de saúde para os trabalhadores do setor público; d) o não ressarcimento dos planos privados ao SUS e, e) o Programa Farmácia Popular.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Serviços Contratados; Setor Privado e Financiamento da Assistência à Saúde.

### **ABSTRACT**

This text aims to present a systematization of the forms of access to the resources of the SUS through the complementarity of private and philanthropic services under Article 199 of the Constitution. The historical and civilizational gains for Brazilian society, which is expressed in five articles (196-200) of the 1988 Constitution about the right to health, indicate that public and collective interest is tensioned by private interest referred to in Articles 197 and 199. Text shows how public resources are allocated to the private sector through contracts and agreements for the provision of services in the private health sector and the philanthropic sector; subsidies and tax breaks to the philanthropic and private health insurance, tax breaks of individuals and corporations who pay health plans, tax waivers reduces potential revenues of the country; co-financing of private health plans for public sector workers; non-reimbursement health plans to SUS services provided to its customers and the popular pharmacy program through agreements with commercial pharmacy network subsidizes the sale of medicines, all of these guided by the rules of public law.

**Keywords:** Health System; Complementarity of the SUS by Private and Philanthropic Sector; Public Resource for the Private Sector and Philanthropic.



## INTRODUÇÃO

O objetivo deste texto é sistematizar as formas de acesso aos recursos públicos do SUS por meio da complementaridade dos serviços privados e filantrópicos, conforme o previsto nos artigos 197 e 199 da Constituição. A Constituição brasileira em vários de seus artigos deixa claro o reconhecimento dos direitos humanos, civis, sociais e políticos. Particularmente no art. 193, que dispõe sobre a ordem social, está expresso que o objetivo é o bem estar social e a justiça social, deixando claro o caráter social – e não o neoliberal – dos direitos sociais reconhecidos. No caso da saúde, feito inédito na história brasileira ela foi reconhecida como direito de todos e obrigação do Estado, sendo de relevância pública seus serviços, pautados nas diretrizes da integralidade, descentralização e participação da comunidade, cabendo ao poder público regulamentar, controlar e fiscalizar o acesso aos serviços de saúde.

Este ganho histórico e civilizacional para a sociedade brasileira, que está expresso nos cinco artigos (196 a 200) da Constituição de 1988 que tratam de direito a saúde também expressa que o interesse público e coletivo está tensionado pelos interesses privados indicados nos artigos 197 e 199. Ou seja, permite o texto constitucional que a execução dos serviços de saúde pode ser realizada diretamente ou através de terceiros e também por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. A assistência é livre a iniciativa privada, podendo este setor participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fim lucrativo. Segundo Carvalho, Santos e Campos (2012) a existência de um poderoso mercado de serviços de saúde anterior ao SUS foi um dos fatores decisivos para acomodar os interesses privados da área da saúde na Constituição.

Nestes 26 anos de Sistema Único de Saúde a sua implementação foi extremamente tensionada pela forma com que o Estado brasileiro priorizou e organizou os serviços, mas, sobretudo pelo setor privado e filantrópico que possui interesse em ampliar seu mercado via os recursos privados dos usuários e via os recursos do fundo público. Nos anos de 1990 o setor filantrópico e privado acessaram os recursos públicos mediante contratos e convênios previsto no art. 199. O acesso

ao fundo público pelo setor privado não se limitou a estes contratos e convênios, mas também por meio de renúncia fiscal do Imposto de Renda das pessoas físicas e jurídicas, do não pagamento de encargos sociais patronais das instituições filantrópicas, do subsídio aos planos privados de saúde dos servidores públicos nas três esferas de governo, da isenção dos impostos de importação de equipamento médico hospitalar para o setor filantrópico, o não ressarcimento ao SUS pelos planos privados quando seus *clientes* são atendidos pelo SUS previsto na Lei 9656/1998, os subsídios a rede privadas de farmácias para comercializarem os medicamentos do programa Farmácia Popular.

O eixo fundamental para debate nesse momento é no artigo 199 da Constituição, na qual consta que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo participar do Sistema Único de Saúde de forma complementar. É a partir desse artigo, que surge um espaço privilegiado para a iniciativa privada, se envolver no setor público. A Lei Orgânica da Saúde nº8080/1990 (Brasil, 1990) art. 4º, §2º reafirma que a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS) em caráter complementar. O art. 24. indica que quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Ainda em seu Parágrafo Único a Lei expressa que a participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de Direito Público, em caráter complementar. Este artigo é categórico ao situar que a participação das instituições privadas no SUS depende do contrato ou convênio observado nas normas do Direito Público.

E esta característica de prestação de serviços complementares:

É o que se pode chamar de privatização por fora do SUS, isto é, o sistema privado externo ao SUS, que fatura nas mensalidades dos consumidores e nas subvenções públicas, e que falsamente proclama que alivia o SUS. (SANTOS, 2013, p.276).

Na sequência deste texto procuraremos problematizar com apresentação de exemplos e indicadores como o setor privado está se apropriando de recursos públicos do SUS em nome desta complementaridade. Este texto foi produzido com revisão da literatura e da legislação que tratam direta e indiretamente do tema. Mesmo sabendo que estas modalidades se entrecruzam e sobrepõem dividimos esta

sistematização nos seguintes itens: contratos com o setor filantrópico e privado; renúncia fiscal, subsidio e subvenções; co-financiamento dos planos privados de saúde para os trabalhadores do setor público; o não ressarcimento dos planos privados ao SUS e o Programa Farmácia Popular.

### **Contratos com o setor filantrópico e privado**

A forma mais tradicional de se operacionalizar a complementariedade dos serviços de saúde, tem sido por meio de contrato e convênios com o setor filantrópico e privado. As entidades de saúde que detêm título de filantropia contam com diversas isenções tributárias. Mesmo quando mantém planos próprios de saúde, comercializados no mercado, os hospitais filantrópicos, geralmente instituições de caráter religioso, mantêm a isenção. Segundo Santos (2013) por volta de 65% das internações e 92% dos serviços de diagnósticos e terapia do SUS são remunerados por produção dos serviços privados e filantrópicos contratados.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, o Brasil conta com 7219 estabelecimentos hospitalares, destes 41% são estabelecimentos públicos e 59% são privados. Em termos de leitos hospitalares, o setor público possui 182.100, mas disponibiliza para atendimento SUS 95,%, o setor filantrópico possui 169.900 leitos e são conveniados com o SUS 75,2% e o setor privado contratualiza com o SUS 70,7% dos 58.752 que possui. (Brasil, 2013). Os hospitais particulares com fins lucrativos e alguns filantrópicos não financiados pelo SUS são administradas e custeadas de forma privada constituem cerca de 20% de todas as unidades hospitalares e 30% de todos os hospitais privados (Lemos e Rocha, 2011). Estes dados evidenciam o tamanho da cobertura hospitalar realizada pelo SUS, em média 81% dos leitos e o quanto o setor privado e filantrópico depende dos recursos de contratos e convênios com o SUS para *sobreviver*. (Brasil, 2013).

O que vemos é esse setor privado e filantrópico sendo sustentado por recursos públicos de diversas formas. Outro exemplo é “o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS (Portaria MS/GM N° 1.721, de 21 set. 2005) com o objetivo de buscar apoio para as dificuldades de gestão, organização e financiamento por que passam essas instituições brasileiras” (Brasil, 2013). O aporte de recursos públicos ao setor filantrópico não tem sido pequeno, por exemplo, os 648 hospitais que aderiam Programa, concluindo a etapa

de contratualização em 2005, o acréscimo de recursos novos foi da ordem de R\$ 214.426.594,56 milhões/ano. Uma nova versão desta política de Incentivo de Adesão à Contratualização para o setor filantrópico foi lançada em outubro de 2013 pela Portaria nº 2.035 (BRASIL, 2013).

Particularmente, cabe mostrar outro exemplo do quanto de recurso público é canalizado para o setor privado. Em Santa Catarina o privado que deveria ser apenas complementar, assume caráter principal nos gastos com procedimentos de diálise que no ano de 2006, foram mais de 35 milhões. Desse montante mais de 85% foram repassados às Unidades privadas que prestam serviços de diálise e que atenderam 84,60% dos pacientes em Terapia Renal Substitutiva. (NARDINO, 2007).

Além de se manterem preponderantemente com recursos públicos as unidades filantrópicas da área da saúde obtém isenção da cota patronal dos encargos trabalhistas se ofertarem a prestação de, no mínimo, 60% de seus serviços ao SUS, em internações hospitalares e nos atendimentos ambulatoriais. Esta isenção corresponde a vinte por cento sobre o total das remunerações pagas, devidas ou creditadas a qualquer título, 2% (dois por cento) sobre sua receita bruta, estabelecida e 10% (dez por cento) sobre o lucro líquido do período-base (Brasil, 1991).

A participação do setor filantrópico no SUS possui muitas particularidades que não são fáceis de desvendar. Outro exemplo é o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) que vem se renovando periodicamente. Este Programa se sustenta na Lei 12.101/2009 que reconhece que entidades excelência na saúde poderão, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, nas seguintes áreas: I - estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; II - capacitação de recursos humanos; III - pesquisas de interesse público em saúde; ou IV - desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde. Atualmente, são 111 projetos em execução, totalizando cerca de R\$ 933 milhões em isenções fiscais, entre os anos de 2012 e 2014. Os hospitais de excelência reconhecidos pelo Ministério da Saúde são Sírio Libanês, Oswaldo Cruz, Samaritano, Hospital do Coração (HCor) e Albert Einstein, estes em São Paulo e a Associação Hospitalar Moinhos de Vento, de Porto Alegre (RS). (Brasil, 2014).

## **Renúncia fiscal, subsídio e subvenções**

A renúncia fiscal, subsídios e subvenções também são formas de acesso dos recursos públicos, fortalecendo cada vez mais o sistema privado. É um dinheiro que o governo deixa de arrecadar e de investir na saúde pública que fica nas mãos do setor privado e filantrópico. A renúncia fiscal refere-se à perda de recursos do orçamento federal como resultado da concessão de benefícios tributários, que não só reduzem a arrecadação potencial do país, dessa forma faz com que aumente também a disponibilidade econômica de determinado grupo de contribuintes. O que se percebe é que há dificuldades de se obter informações detalhadas sobre o volume de recursos utilizados como benefícios fiscais na área da saúde. O que evidenciamos é que na declaração de rendimentos da pessoa física podem ser deduzidos os pagamentos efetuados com mensalidades de planos de saúde, além de pagamento particular a médicos, dentistas, exames etc, desde que não tenham sido reembolsados. (AZEVEDO e BAHIA 2010).

Contudo os técnicos da Receita Federal avaliaram que a grande parte desses gastos refere-se a planos e seguros privados de saúde. E no caso das pessoas jurídicas podem ser deduzidos os gastos de assistência médica e odontológica destinados aos funcionários. Dessa forma a uma estimativa que o setor de assistência médica suplementar movimentava cerca de R\$ 27 bilhões a 29 bilhões por ano. Estes valores, por meio da isenção de impostos e contribuições federais, estaduais e municipais, significam um dos suportes para o funcionamento das operadoras de planos de saúde, bem como para serviços de saúde filantrópicos e privados. Estas isenções têm como objetivo explícito de conceder alívio fiscal a empresas de planos de saúde e a estabelecimentos de saúde privados. (AZEVEDO e BAHIA 2010)

Mas a principal forma de dedução fiscal que as empresas empregadoras dispõem para abater os gastos com o pagamento parcial ou integral dos planos de saúde de seus empregados é a permissão legal para considerar as despesas com saúde como benefício trabalhista e, portanto, são computadas como custo operacional. Esse expediente permite tanto o abatimento dos gastos com os planos de saúde no imposto de renda bem como o repasse desses custos para os preços finais dos produtos e serviços, o que é pouco percebido pela sociedade. Quando, por exemplo, um cidadão paga a conta de seu telefone celular está embutido o gasto da companhia telefônica com o plano de saúde de seus funcionários. (AZEVEDO e BAHIA, 2010, p.230).

O subsídio do governo, que patrocina o consumo dos planos de saúde, privou o SUS de recursos financeiros, os quais poderiam ser utilizados para ampliar a cobertura e incrementar a qualidade, para não falar dos efeitos inequitativos da renúncia de arrecadação fiscal (redistribuição para os estratos superiores de renda). A presença desses incentivos governamentais permite que se aceite como plausível que os mecanismos privados de financiamento tendem a minar o financiamento público da assistência à saúde. (OCKÉ-REIS, 2010). O mais preocupante que esse tipo de modelo está provocando iniquidade e favorecimento das classes mais abastadas.

Na avaliação de Quadros (2000, p. 9), a renúncia de arrecadações tributárias,

além de serem iníquos por serem utilizados por famílias de mais alta renda nas suas declarações de renda e por empresas com elevado faturamento (aquelas que podem pagar alguma modalidade de assistência médica para os seus empregados) apresentam, pelo lado do gasto, poucos resultados. Os benefícios fiscais concedidos na área do setor saúde não têm contribuído para a descentralização dos serviços médico-hospitalares no Brasil e tampouco para a descentralização dos recursos públicos para regiões mais pobres do país.

Outra modalidade de subsídio público ao setor privado que vem crescendo com os anos é por meio de empréstimos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES - e da Financiadora de Estudos e Projetos – Finep. O BNDES e a Finep<sup>1</sup> lançaram uma modalidade de financiamento de equipamentos médicos denominada Inova Saúde<sup>2</sup> que é proveniente de recursos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde – Profarma/BNDES. Trata-se de um plano conjunto das duas instituições de fomento e do Ministério da Saúde para apoio à inovação tecnológica no setor de equipamentos médicos e tecnologias para a saúde. As empresas poderão obter apoio da instituição por meio de recursos não reembolsáveis, participação acionária ou crédito. A Finep, por sua vez, oferecerá subvenção econômica e crédito. Isto se insere no âmbito do programa Inova Empresa, previsto no plano da nova política industrial anunciado pela presidente Dilma em março de 2013. (Nery, 2013).

---

<sup>1</sup> A Finep (Financiadora de Estudos e Projetos) é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Ciência e Tecnologia que promove o desenvolvimento econômico e social por meio do fomento público à inovação em empresas, universidades, institutos tecnológicos e outras instituições públicas ou privadas do País. Mais informações sobre no link: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/ciencia-e-tecnologia/fomento-e-apoio>>

<sup>2</sup> Mais informações no link: <[http://www.finep.gov.br/pagina.asp?pag=programas\\_inovasaude](http://www.finep.gov.br/pagina.asp?pag=programas_inovasaude)>

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde – Profarma - tem um orçamento previsto de R\$ 600 milhões, sendo R\$ 275 milhões do BNDES e igual valor da Finep, além de outros R\$ 50 milhões do Ministério da Saúde. O Profarma foi renovado com vigência de mais quatro anos (2017) encontra em sua terceira fase e teve seu orçamento elevado para R\$ 5 bilhões. O Programa foi criado em 2004 já teve 88 operações aprovadas e contratadas, com total de financiamento de cerca de R\$ 1,9 bilhão. As linhas temáticas, previstas no Programa de incentivo financeiro, incluem diagnóstico in vitro e por imagem; dispositivos implantáveis; equipamentos eletromédicos e odontológicos e Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde - TICs - com foco em integração com sistemas de gestão e mobilidade. (NERY, 2013).

O Programa Inova Saúde tem por objetivo dar incentivo financeiro para empresas do setor da saúde, através de subsídios e subvenções, com objetivo de descobrir novas tecnologias, fazer estudos sobre tratamentos de saúde, melhorar seu espaço físico ou equipamentos para consequentemente melhorar sua produção. O Inova Saúde pode financiar tanto empresas privadas como públicas. Particularmente o que se propõe a partir deste último incentivo é uso de Encomendas, Aquisição Estratégica (como a utilização do poder de compra e garantia de demanda futura) e apoio à infraestrutura de produção e inovação em saúde do setor público o chamado PROCIS conforme disposições da Portaria MS/GN 506, de 21 de Março de 2012<sup>1</sup>. (NERY, 2013).

O que evidenciamos é que as formas de renúncia fiscal, subsídios, subvenções e crédito, só vêm a fortalecer essencialmente o setor privado da saúde. Ainda que seja o fortalecimento da indústria e do capital nacional o mesmo representa mais uma modalidade de desinvestimento no setor público estatal da saúde.

---

<sup>1</sup>O Plano de Apoio à Inovação Tecnológica no Setor de Equipamentos Médicos e Tecnologias para Saúde, o Inova Saúde – Equipamentos Médicos, lançado em abril de 2013, encerrou a fase de seleção de projetos com total de 45 planos de negócios habilitados, no valor global de R\$ 544 milhões. Os resultados foram bastante positivos, principalmente considerando-se a demanda inicial do Inova Saúde – Equipamentos Médicos, com a apresentação de 145 cartas de Manifestação de Interesse, no total de R\$ 1,3 bilhão e superando o orçamento do programa de R\$ 600 milhões”. In <[http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes\\_pt/Institucional/Sala\\_de\\_Imprensa/Noticias/2013/Todas/2013\\_1223\\_inovasaude.html](http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Institucional/Sala_de_Imprensa/Noticias/2013/Todas/2013_1223_inovasaude.html)> Acesso em: 15 de Abril. de 2014.

## **Cofinanciamento dos planos privados de saúde para os trabalhadores do setor público**

O Estado financia/subsidia os planos privados a partir do momento que seus funcionários são cobertos por eles, chamamos este modelo de Co-financiamento dos planos privados de saúde para os trabalhadores do setor público. O que parece é que os governantes não levam em consideração o que está escrito na Constituição Federal de 1988, porque em seu texto está bem explícito no art. 196 saúde é direito de todos e dever do Estado. Mas esta obrigação do Estado se sustenta também no art.19, inciso III, que expressa que é vedada à União, Estados e Municípios criarem distinções entre brasileiros ou preferências entre si. Ou seja, neste caso o subsidio aos planos privados de saúde para os trabalhadores do setor público não encontra respaldo constitucional, já que provoca uma distinção entre a população.

O que presenciamos é as próprias esferas de governo não cumprindo com o que está escrito no texto constitucional, relacionado à saúde, pois em grande maioria os funcionários públicos são cobertos por planos de saúde. O que vemos é o fortalecimento dos planos de saúde, ao invés de fortalecer a saúde pública. Essa é mais uma das diversas formas que o dinheiro público em saúde chega à saúde privada. A expansão do financiamento dos planos privados para servidores público pelos governos federal, estaduais e municipais expressa claramente a concordância com a utilização de recursos públicos para dinamizar as empresas privadas de planos de saúde e assim reinvesti-los na rede privada e filantrópica de prestação de serviço de saúde.

Os planos de saúde de autogestão do país, que atendem mais de 5 milhões de trabalhadores - a maioria, servidor público - com aproximadamente 140 entidades filiadas entre elas a Cassi, a operadora dos funcionários do Banco do Brasil e a ASSEFAZ - Associação de Servidores do Ministério da Fazenda, também recebem subsídios em valores per capita que em 2010 foram reajustados em R\$ 82,83 (o mínimo) e R\$ 167,70 (o máximo). A despesa da União com o benefício foi de R\$ 2,4 bilhões, em 2010, e de R\$ 2,8 bilhões, no ano seguinte, conforme levantamento realizado pelo Planejamento. No primeiro ano de vigência, as compensação beneficiaram 3.388 milhões de servidores dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. Em 2011, foram 3,318 milhões, que tiveram acesso a serviços médico-hospitalares e odontológicos (CORREIO BRAZILIENSE, 2013).



Diante disso, suspeitamos, que enquanto estiverem protegidos de outra forma que não seja o SUS como os planos privados de saúde, toda a atuação dos trabalhadores públicos da saúde, para o SUS, pode estar ligada meramente a condição de empregabilidade, de compaixão ou amor ao trabalho e não por ser um Sistema que queiram usar para si ou para os seus. Do mesmo modo, a vinculação dos trabalhadores a entidades sindicais ou associativas, tem acontecido pela possibilidade de acessar com subsídios planos privados de saúde e não por um processo de politização que entende a entidade com um espaço de luta pela melhoria de suas condições de trabalho e também como espaço de luta pela efetiva implementação do SUS.

### **O não ressarcimento dos planos privados ao SUS**

Na sociedade brasileira contemporânea, vê-se a existência de sistemas públicos e privados concorrentes. Mesmo que a Constituição do Brasil designe que a assistência à saúde é direito social e que os recursos devem ser alocados com base na necessidade de utilização e não pela capacidade de pagamento, parte dos cidadãos pode ser coberta por planos privados de saúde e, ao mesmo tempo, utilizar os serviços do SUS, resultando na dupla cobertura para aqueles que podem pagar ou podem ser financiados pelos empregadores: trabalhadores de média e alta renda, executivos e funcionários públicos. (OCKÉ-REIS, 2010). E o que entra em questão é o não ressarcimento dos planos privados ao SUS.

Com a Lei 9.656/1998, a lei dos Planos de Saúde, obriga os planos e seguros de saúde ressarcir o SUS em caso de atendimento dos seus clientes. Ou seja, quando um cliente de plano de saúde for atendido em um hospital público de saúde, a operadora do plano privado deve pagar por esse atendimento ao SUS. Para viabilizar o ressarcimento e identificar os atendimentos, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - utiliza o cadastro nacional de beneficiários de planos de saúde, cruzado com as autorizações de internação hospitalar (AIHs) disponíveis no Datasus/Ministério da Saúde. De setembro de 1999 até o mesmo mês de 2003, o SUS poderia ter recebido das empresas de seguros e planos de saúde pelos serviços de urgência R\$ 589,3 milhões, mas apenas R\$ 40,3 milhões haviam sido quitados (LEITE, 2005). Valor este que deveria ter sido repassado para a saúde pública brasileira.

Devemos enfatizar, porém, que mesmo que a ANS tenha colocado todos os procedimentos previstos nos contratos como passíveis de ressarcimento nem todo atendimento de clientes de planos de saúde pela rede SUS será ressarcido. Não são ressarcidas as incontáveis exclusões de cobertura comuns nos planos anteriores à Lei 9.656/1998, que ainda representam 44,7% dos contratos, e nem as exclusões de cobertura previstas pela Lei 9656/1998 entre as quais se incluem: transplantes de órgãos como os de medula, fígado e coração (a não ser que previstos pelos contratos); medicamentos de uso ambulatorial; tratamento permanente para pacientes com problemas de saúde mental dentre outros. Nota-se, ainda, que nos contratos novos, o ressarcimento está limitado ao período de carência, à cobertura parcial temporária, à área de abrangência do contrato e à segmentação (ambulatorial ou hospitalar). (AZEVEDO e BAHIA, 2010). De acordo com Azevedo e Bahia (2010) ainda ocorre casos, onde médico prefere registrar o procedimento realizado para o cliente do plano de saúde como atendimento a ser cobrado no âmbito do SUS. Isso porque alguns procedimentos da tabela do SUS têm maiores valores de remuneração, se comparados às tabelas das operadoras.

### **Programa Farmácia Popular**

Outra forma de acesso dos recursos públicos pelo setor privado é o Programa Farmácia Popular que surge<sup>1</sup>, em 2004, envolvido pela retórica da necessidade de oferecer alternativas de acesso à assistência farmacêutica tradicional tanto no setor público - Farmácias Populares - como no setor privado - Aqui tem Farmácia Popular. Os medicamentos são disponibilizados por Rede Própria constituída por Farmácias Populares, em parceria com os Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos. O Aqui tem Farmácia Popular se organiza por meio de um convênio com a rede privada de farmácias e drogarias. A operacionalização do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) ocorre diretamente entre Ministério da Saúde e a rede privada de farmácias e drogarias mediante relação convenial regida pela lei nº 8.666/1993. E sobre seu financiamento o Ministério pagará até 90% do valor de referência estabelecido, sendo obrigatório o

---

<sup>1</sup> Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, autoriza a Fundação Oswaldo Cruz a disponibilizar medicamento mediante ressarcimento. O programa foi instituído pelo Decreto 5.090/2004

pagamento pelo paciente da diferença entre o percentual pago pelo governo e o preço de venda do medicamento ou o coletado adquirido.

Este Programa foi instituído desrespeitando a Lei 8080. O art.6 determinada que estão incluídas ainda no campo de atuação do SUS: I - a execução de ações:... d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; e no Art.7 ... obedecendo os seguintes princípios, no inciso II, vimos também a determinação de que a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Agora o que se questiona porque a população paga por medicamentos que teriam que ser gratuitos na rede pública, disponibilizados como direito social e atendendo o princípio da integralidade?

O Programa Farmácia Popular fere os princípios constitucionais norteadores do SUS, fazendo com que a universalidade seja limitada e a integralidade parcial. O Programa Farmácia Popular foi na última década uma nova forma de repassar recursos do fundo público para o setor privado por meio da rede privada de farmácias espalhadas pelo país. Além deste repasse, desrespeitando os princípios do SUS, são inúmeras as notícias de fraudes que os donos de farmácia estão cometendo contra o erário público. O Ministério Público Federal - MPF, em junho de 2012, indiciou 30 donos de farmácias de Franca (SP) suspeitos de desviar R\$ 4 milhões de repasses do governo federal. Os estabelecimentos simulavam a venda de remédios do Programa Farmácia Popular do Ministério da Saúde e pediam reembolso dos valores (G1 RIBEIRÃO e FRANCA, 2012). Em janeiro de 2013 também o MPF denunciou um esquema que acontecia em 90 cidades de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. O golpe causou prejuízo de R\$ 1 bilhão aos cofres públicos

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O que vem acontecendo com a saúde é que ela cada vez mais está articulada ao mercado e pautada na Política de Ajuste que tem como principal objetivo a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central, fazendo com que Estado, garanta um mínimo aos que não podem pagar, dessa forma ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado, os que podem pagar pela saúde. No Brasil a construção do SUS foi legitimada a partir de uma luta organizada da

sociedade, uma luta por direito a participação, por políticas sociais e não políticas focalizadas como esta acontecendo na atualidade.

Observa-se um grande montante de recursos públicos sendo investidos na saúde privada, fazendo com que a saúde vire um mercado, e se torne atrativa aos investidores, a partir das isenções fiscais, do não ressarcimento do que é utilizado pelo privado no SUS. Além do setor privado receber um grande montante de recursos públicos o Estado também deixa de arrecadar outra grande fatia. Estas são informações que tem pouca visibilidade pública e não passam pelos colegiados deliberativos de participação com os Conselhos e as Conferências.

Foram apresentadas neste texto as formas de complementaridade dos serviços do SUS por meio de convênios e contratos com o setor filantrópico e privado regidas pelas normas do direito público. Ainda que não seja objeto deste texto destacamos uma nova geração de contrarreformas no Estado brasileiro que está fazendo com que os serviços básicos de cidadania sejam regidos pelas normas do direito privado. Estão sendo conhecidas como as novas formas de privatização que vem ganhando a cena pública. Os serviços públicos são entregues, por meio de contratos, as Organizações Sociais - OS - e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP -, que são pessoas jurídicas de direito privado para fazer a gestão conforme as normas do direito privado. A outra modalidade de privatização são as empresas públicas regidas pelo direito privado que prestam serviços de saúde como as Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH. Estas são uma privatização que forma e fortalece um mercado de serviços básicos de cidadania com os recursos públicos pautados nas normas do direito privado.

É a lógica do Estado contrarreformado, que segundo Granemann (2011), as instituições e as políticas sociais que garantem os direitos dos trabalhadores e proteção social se transmutem em negócios que promoverão lucratividade para o capital. Este processo está permitindo à iniciativa privada transformar quase todas as dimensões da vida social em negócios definindo de modo rebaixado o que são as atividades exclusivas do Estado. Por isto que evidenciamos neste texto que os serviços de saúde, sobretudo os hospitalares, estão fazendo sua gestão como grandes empresas, se pautando na lógica de que o sucesso da competitividade de um hospital ou de qualquer outra empresa depende fundamentalmente da gestão estratégica, que inclui a contabilidade de custos. Mas o que nos deixa mais

preocupados é que isto tudo está acontecendo com base em recursos públicos e com legitimidade do Ministério da Saúde. A complementaridade está se transformando no principal prestador de serviços do SUS. Sabemos que o SUS é um projeto de sociedade e um projeto de saúde para sociedade brasileira que está em disputa. Esta disputa precisa ser fortalecida pelos setores que defendem um SUS pautado na radicalidade democrática, no conceito ampliado de saúde, que reconhece as determinações sociais da saúde e da doença, que deve ser realizado pelo serviço público estatal e que os recursos públicos sejam destinados a serviços públicos.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO. M. C. G.; BAHIA L. Aporte de recursos públicos para planos privados de saúde. In: Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde / Organizadores, Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf>> Acesso em: 10 junho de 2013.

BRASIL.<<http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?Configuracao=1024&bro=Microsoft%20Internet%20Explore>> Acesso em: 18 junho de 2013

\_\_\_\_\_. Hospitais Filantrópicos. In. Portal da Saúde. [entre 2000 e 2013]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=36276&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36276&janela=1)> Acesso em: 18 junho de 2013

\_\_\_\_\_. Acredita Minas. Coordenação de Atenção Hospitalar – CGHOSP. Ministério da Saúde 1013. In. [http://www.acreditaminas.com.br/30\\_10\\_2013/Dra\\_Ana\\_Paula\\_Cavalcante.pdf](http://www.acreditaminas.com.br/30_10_2013/Dra_Ana_Paula_Cavalcante.pdf). acesso em 21/04/2014.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Artigos 22 e 23.

\_\_\_\_\_. Lei. 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; ....

\_\_\_\_\_. BRASIL. Conhece o Proadi SUS? Publicado em 14/02/2014. <https://www.youtube.com/watch?v=q82ni1VlqJA> . Acesso em 27 de abril e 2014

BRAVO, M. I. S. A política de saúde no Brasil. In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. MOTA, A. E. et al. (Orgs.). São Paulo: Cortez, 2007. Disponível em: <[www.fnepas.org.br/servico\\_social\\_saude/texto1-5](http://www.fnepas.org.br/servico_social_saude/texto1-5)>, acessado em 09 dezembro de 2012.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R. D.; CAMPOS, G. W. S. As Instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde...ou será ao contrário? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n.92 , p.11-20, Jan/Mar 2012.

CORREIO BRAZILIENSE. Garantia de atendimento: Operadores de autogestão negociam com o Planejamento medidas para assegurar os serviços médicos. In: *Resenha Eletrônica*. Em 10 de maio de 2013.  
<[www.fazenda.gov.br/resenhaeletronica/MostraMateria.asp?page=&cod=885990](http://www.fazenda.gov.br/resenhaeletronica/MostraMateria.asp?page=&cod=885990)>. Acesso em: 18 junho de 2013

GRANEMANN, S. Previdência complementar e o fetiche da gestão do capital pelo trabalho. In *Marx e o Marxismo 2011: teoria e prática* Universidade Federal Fluminense – Niterói – RJ – de 28/11/2011 a 01/12/2011. Disponível em <<http://www.uff.br/niepmarxmarxismo/MManteriores/MM2011/TrabalhosPDF/AMC431F.pdf>> Acesso em: 17 maio 2013.

G1 RIBEIRÃO e FRANCA. Empresários desviam R\$ 4 milhões do Farmácia Popular em Franca, SP, 01/06/2012. <http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2012/06/empresarios-desviam-r-4-milhoes-do-farmacia-popular-em-franca-sp.html>. Acesso em 30 maio de 2013

LEITE, F. Governo Lula cria programa de apoio financeiro para os planos de saúde. In. *Folha de São Paulo*, 24 de abril de 2005.  
<<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2404200501.htm>>. Acessado em 30 maio de 2013

LEMONS, V. M. F. e ROCHA, M. H. P. A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades. In. VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão. 2011. [http://www.excelenciaemgestao.org/portals/2/documents/cneg7/anais/t11\\_0417\\_1492.pdf](http://www.excelenciaemgestao.org/portals/2/documents/cneg7/anais/t11_0417_1492.pdf) acesso em 27/04/2014.

NERY, Carmem. Como a linha de crédito Inova Saúde do BNDES quer estimular a inovação em saúde ? In *Empreender Saúde*: Disponível em:  
<<http://www.empreendersaude.com.br/como-a-linha-de-credito-inova-saude-do-bndes-quer-estimular-a-inovacao-em-saude/>>. Acesso em: 15 abril. 2014

NARDINO, D. A Política de Assistência ao Portador de Doença Renal: A Doença, seu Tratamento e Custo. 2007. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduada) - Curso de Serviço Social, DSS, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial285803.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013

OCKÉ-REIS.C.O. SUS: o desafio de ser único. *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde/ Organizadores, Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010

QUADROS. W. L. *A Renúncia Fiscal ao Segmento de Assistência Médica Suplementar: A Experiência Brasileira em Perspectiva Comparada*. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Oficina de Trabalho. Rio de Janeiro, 28 nov. 2000. Disponível em:

<[http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias/financiamento\\_dosetor/EE2.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/financiamento_dosetor/EE2.pdf)>. Acesso em: 30 maio 2013.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100028&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100028&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 25 maio. 2013

## PERFIL EMPREENDEDOR DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: CONTRIBUIÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DO SUS

Lucas Serafim

Acadêmico de Enfermagem 8ª fase Unesc

Maica Kalinca Felisbino

Acadêmica de Enfermagem 8ª fase Unesc

José Otavio Feltrin

Mestre- Docente do Curso do Enfermagem Unesc

Beatriz Marques de Farias

Acadêmica de Enfermagem 5ª fase Unesc.

### RESUMO

**Introdução:** Considera-se empreendedor não apenas o fundador de uma nova empresa, ideia ou negócio, mas aquele que identifica oportunidades de forma rápida, aproveitando o tempo antes que outros possam desenvolvê-lo. O empreendedor precisa ter características como: necessidade de realização, disposição para assumir riscos e autoconfiança (Chiavenato, 2006). No campo da enfermagem os avanços e práticas empreendedoras já são consideráveis e acompanhados de novos e crescentes desafios (Erdmann et AL, 2009). A ESF, iniciada em 1994, expande-se rapidamente comprovando a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Sua consolidação, no entanto, precisa sustentada. O presente estudo teve como objetivo analisar a Tendência Geral Empreendedora (TGE) de um grupo de Enfermeiros atuantes em ESF de um município do Sul de SC. **Desenvolvimento:** o estudo foi quali-quantitativo, descritivo-exploratório, desenvolvido com 8 (oito) enfermeiros atuantes em ESF. Os dados foram colhidos a partir da aplicação de um teste que mensura TGE (Sally Caird, 1998), validado, que consta do perfil empreendedor do pesquisado com 54 perguntas. Para análise dos dados considerou-se: para questões ímpares soma-se um ponto para cada discordância assinalado e para as questões pares soma-se um ponto para cada concordância. Há uma pontuação máxima e um parâmetro para cada uma das 5 dimensões, determinando a tendência empreendedora. Foram obedecidos os princípios éticos da resolução 466/2012 do CNS. **Resultados e discussão:** O gênero dos atores sociais foram de 100% do sexo feminino, com faixa etária de 50% entre 30 a 35 anos, 70% (7) possui Pós-Graduação, 50% com tempo de formação entre 5 a 10 anos e 25% com tempo de trabalho no município de 4 anos e 4 meses e 25% com 7 anos; 25% já tinha experiência em ESF antes do atual vínculo de trabalho. Segundo os enfermeiros, ser empreendedor é inovar, renovar e por as ideias em prática. Quanto à aplicabilidade do empreendedorismo na saúde coletiva há consenso de que se pode inovar em qualquer área, tendo vontade, conhecimento, eficiência, adequando-se ao processo de trabalho, mesmo encontrando barreiras como falta de recursos financeiros, de acesso e comunicação com os gestores, falta de valorização profissional gerando desmotivação, excesso de trabalho burocrático, falta de local com estrutura física adequada para colocar em prática as ideias. Pode-se ser inovador com a escassez de recursos a partir da união da equipe de trabalho e com ideias e atitudes simples



podem-se empreender novas ideias. A busca de parcerias com comunidade e com outros setores públicos e sociais são necessárias para o bom desenvolvimento das ideias. Ao serem questionados sobre se já obtiveram sucesso ao colocar em prática alguma ideia inovadora 70% responderam que sim. Em relação às dimensões analisadas no item tendência de assumir riscos a média dos enfermeiros ficou em 5,16 sendo que o parâmetro é de 8. Quanto a tendência criativa a média foi de 4,5 sendo o parâmetro 8. Na dimensão necessidade de realização o parâmetro é de 9 e a média foi de 5,33, estando bem abaixo das expectativas. Outra dimensão analisada foi a tendência a ter autonomia e independência, o parâmetro para esta dimensão é de 4 e o resultado foi de 4,16, sendo que neste item alcançaram o parâmetro esperado do teste. Na quinta e última dimensão que abordou a tendência a ter iniciativa e determinação a média foi de 6,75 sendo que o parâmetro é de 8. Em quatro das cinco dimensões, as enfermeiras apresentaram baixo desempenho na atuação empreendedora. Considera-se Tendência a assumir riscos atuação mesmo com informações incompletas, valorização com precisão de suas próprias capacidades; Tendência criativa é a qualidade de imaginação e inovação; A Necessidade de realização é representada por visão futura, autossuficiência, postura mais otimista do que pessimista; A Necessidade de autonomia/independência é representada por desenvolvimento de atividades pouco convencionais e a Tendência a ter iniciativa e determinação. Conclusões: A presente pesquisa mostrou o baixo perfil empreendedor dos enfermeiros que atuam na ESF. Apesar possuírem algum conhecimento de empreendedorismo e de como desenvolvê-lo, apresentam dificuldades claras de por em prática ideias inovadoras, pouco contribuindo para o fortalecimento do SUS. Para ser empreendedor é necessário possuir motivação para a autorrealização, ser criativo, assumir riscos, possuir também tendência a ter iniciativa e determinação, o que no teste realizado.

**Palavras-chave:** Organização e Administração; Enfermagem; Estratégia de Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

CHIAVENATO, Idalberto. Empreendedorismo, Dando asas ao espírito empreendedor. Editora Saraiva, São Paulo, 2006.

SIMÃO, Bácia Elina Alves, Perfil empreendedor dos alunos concluintes do curso de administração de uma instituição de ensino superior privada: contribuições para o aprimoramento do projeto pedagógico de curso, Presidente Prudente – SP, 2012.

BACKES V.S., ERDMANN AL. Formação do enfermeiro pelo olhar do empreendedorismo social. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 jun;30(2):242-8.

## **ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM SANTA CATARINA: A AMEAÇA AO DIREITO À SAÚDE**

**Tânia Regina Krüger**

Doutora em Serviço Social. Prof do Depto de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: tania.kruger@ufsc.br

**Simone Bihain Hagemann**

Enfermeira da Secretaria Estadual de Saúde. E-mail: si\_hg@hotmail.com

**Luciana Bihain Hagemann**

Mestre em Saúde pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: lucianahagemann@gmail.com

### **RESUMO**

O presente trabalho tem o objetivo de fazer uma reflexão sobre o direito a saúde conquistado com as Leis do SUS e a Constituição Federal e a privatização através das Organizações Sociais, traçando um breve panorama da privatização no estado de Santa Catarina. Trata-se de um relato de experiência enquanto pesquisador, militante político e usuário do SUS. Verificou-se um subfinanciamento das instituições públicas de saúde pois o financiamento das instituições de Saúde em Santa Catarina, são a maioria regidos por contratos com as Organizações Sociais, e estas receberam aumento nos valores de verba pública repassadas. Verificou-se também que o SUS representa concomitantemente avanços e retrocessos na área da saúde pública brasileira, pois, é considerado o maior projeto público de inclusão social, onde mais de 70% da população brasileira depende exclusivamente apesar de sobreviver em meio a graves dificuldades e obstáculos oriundos no modelo de gestão. Na atual conjuntura, desafios estão colocados para os defensores do Projeto de Reforma Sanitária com relação à democratização da saúde, a defesa do SUS constitucional, a reafirmação do caráter público estatal e a destinação de recursos públicos para o setor público.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Privatização; Saúde Pública; Organizações Sociais em Saúde.

### **ABSTRACT**

The present work aims to make a reflection on the right to health achieved with the Laws of the Federal Constitution and privatization through Social Organizations, tracing a brief overview of privatization in the state of Santa Catarina. It is an account of experience as a political activist, researcher and user of the SUS. There was an underfunding of public health institutions for the financing of health institutions in Santa Catarina are mostly governed by agreements with social organizations, and they receive higher amounts of public money transferred. Also it was found that the SUS is if advanced concomitantly setbacks in the area of Brazilian public health because it is considered the largest public social inclusion project where more 70% of the population depends exclusively despite survive amidst serious difficulties and obstacles arising in the management model. In the current situation, challenges are posed to proponents of the draft health reform regarding the democratization of health, protection of the

constitutional SUS, and reaffirmation of state public nature and allocation of public funds for the public sector.

**Keywords:** Health System; Privatization; Public Health; Social Health Organizations.

## INTRODUÇÃO

A luta da sociedade civil brasileira em busca de direito a saúde desde meados dos anos 70 culminou no processo de Reforma Sanitária, historicamente conhecida por ser a precursora da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem o SUS está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal (1988), que traz a saúde como direito de todos, cabendo ao Estado a responsabilidade de promovê-lo (BRASIL, 1990).

Desde o seu reconhecimento legal o SUS vem encontrando inúmeras resistências para sua implementação, pois ele não é um projeto hegemônico. Vivenciamos nestes 25 anos de SUS uma grande disputa político ideológica na área da saúde entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto liberal privatista.

A partir deste cenário de disputa entre os dois projetos, no qual vimos que o Projeto da Reforma Sanitária e o SUS, enquanto um projeto de sociedade para a saúde que vem se fragilizando, que decidimos entender neste trabalho um destes motivos, qual seja: a gestão dos serviços do SUS por pessoa jurídica de direito privado - Organizações Sociais - e que regula a prestação de serviços também na lógica do direito privado.

Assim, este texto tem por objetivo fazer um breve relato de entrega dos serviços públicos de saúde em Santa Catarina para as Organizações Sociais que vem ocorrendo desde a Lei de Incentivo às Organizações Sociais 12.929/2004 e regulamentada no decreto 4272/2004.

No ano de 1998 houve uma modificação no regime da Administração Pública brasileira com a Emenda Constitucional nº19, de modo que as políticas públicas foram classificadas como serviços sociais competitivos e portanto possíveis de serem vendidos (BRASIL, 1998). Particularmente no caso da saúde o Estado passou a poder contratar Organizações Sociais – OS e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPS para fazer a gestão dos seus serviços.

Apesar do nome OS e OSCIPS não as caracterizar no imediato como empresas privadas elas são de fato, pois são regidas pelo direito privado, tendo autonomia para a contratação de mão-de-obra e realização de compras. Na gestão dos serviços de saúde as OS e OSCIPS não são regidas por qualquer normatização do direito público, mas são apresentadas como formas legais de cumprimento da legislação do SUS (BRAVO e MENEZES, 2011).

A reforma da administração pública brasileira dos anos de 1990 caracterizadas como Contrarreforma do Estado está permitindo à iniciativa privada transformar quase todas as dimensões da vida social em negócio e definir de modo rebaixado o que são as atividades exclusivas do Estado deixando de fora clássicos serviços públicos como saúde e educação.

Nesta perspectiva o patrimônio continua sendo público, mas a sua administração e a sua exploração são feitas por grupos privados ou políticos organizados que o gerenciam de acordo com os seus interesses para atender as suas demandas políticas, particulares ou de ampliação do negócio.

Esta forma de privatização não se realiza pelo mecanismo da venda típica, mas envolvem também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos vinculados ao setor privado e ao Direito Privado operarão como mais e não menos Estado.

## **DESENVOLVIMENTO**

Trata-se de um relato de experiência enquanto pesquisador, militante político e usuário do SUS.

### **Serviços de saúde em Santa Catarina sob gestão de Organizações Sociais**

As OS e OSCIPS são entidades de direito privado, que, por iniciativa do Poder executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária (BARBOSA, 2010). O papel dessas empresas é o de executar os serviços, ou seja, elas possuem autonomia na definição de todo o processo de trabalho dentro das instituições, definindo a forma de atender a população e os serviços que serão ofertados.

Dessa forma, a Administração Pública repassa os recursos públicos para essas empresas, que realizam a contratação de pessoal, violando o princípio da impessoalidade, pois na maioria dos casos as contratações ocorrem sem critérios. Outra problemática importante quanto a contratação de pessoal sem concurso público é o fato de que na maioria dos casos os trabalhadores são contratados pelos pisos salariais das categorias e dificilmente há planos de carreiras que visem a fixação do profissional na instituição, causando sérios danos à qualidade do atendimento, uma vez que a rotatividade de pessoal torna-se altíssima.

O mesmo ocorre nos processos de compras, que são realizadas sem licitação, não garantindo nem os menores custos, nem a melhor qualidade dos produtos. As OS e OSCIPS não seguem as normas do direito público como a Lei de Licitações Lei nº 8.666/1993.

Outra mudança no sistema das Organizações Sociais é a fiscalização, onde o controle social do SUS é substituído por uma Comissão de Avaliação e Fiscalização. O preocupante é que essa comissão, no caso de Santa Catarina, é composta majoritariamente por representantes dos gestores, da Organização Social e apenas um representante do Conselho Estadual de Saúde – CES/SC, e conforme o decreto número 4272/2004, é responsável em fiscalizar o contrato e aprovar as prestações de contas.

O Relatório desta Comissão é conclusivo e não passa por nenhuma instância colegiada de participação social para ser aprovado, como o CES/SC.

No estado de Santa Catarina a transferência dos serviços públicos vem ocorrendo desde a aprovação da Lei de Incentivo às Organizações Sociais 12.929/2004, que permite a privatização de todos os serviços públicos (não apenas os serviços de saúde), exceto os serviços de poder de polícia. Em 2013 já existiam 08 instituições de saúde sob gestão de Organizações Sociais (OS).

No âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina foram privatizadas as seguintes unidades: Hemosc e Cepon em 2007, Hospital infantil de Joinville em 2009, Serviço de Humanização do Hospital Hans Dieter Schimidt em 2009, Hospital Regional de Ararangua em 2007, Hospital Regional de São Miguel d'Oeste em 2010, Samu em 2012 e Hospital Florianópolis em 2013.

O argumento para implantar as Organizações Sociais é que elas custam menos e realizam mais procedimentos pelo SUS. Contudo, em São Paulo em 2008 e 2009 os Hospitais gerenciados por OS's custaram 50% a mais aos cofres públicos.

Nesse estado no período de 2006 a 2009 os gastos com essas OS's saltaram de 910 milhões para 1,96 bilhão, ou seja, 114% a mais enquanto que no mesmo período o orçamento de todo o estado de São Paulo cresceu 47%. (São Paulo, 2010)

Em Santa Catarina em pesquisa realizada nos oito contratos existentes com as OS também é possível notar aumentos suptuosos nos repasses de verbas ao longo dos anos, realizados através de aditivos contratuais. Esses aumentos podem ser visualizados na tabela abaixo:

**Tabela 1:** Tempo de contrato, número de termos aditivos e percentual de aumento de recurso das unidades de saúde da SES/SC sob gestão das Organizações Sociais

Organizações Sociais e serviços que fazem a gestão	Mês e ano do contrato	N. de termos aditivos	Aumento em%
Fahece – CEPON	12/2007	18	≅ 240,93
Fahece – Hemosc	12/2007	14	≅ 210,43
SPDM – Samu	06/2012	02	≅ 28,23
SPDM – Hospital Regional de Ararangá	05/2013	01	≅ 34,93
SPDM – Hospital Florianópolis	12/2013	-	---
HNSG - Hospital Infantil de Joinville	08/2008	13	≅ 22,83
ABHPERITIBA - Hospital Regional Terezinha Gaio Basso	12/2010	05	≅ 24,22
SPA - Serviço de Humanização do Hospital Regional de Joinville	01/2014	-	---

**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde, disponível em [http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&Itemid=547](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&Itemid=547). Consultado em 30/04/2014. Elaboração das autoras.

Os dados percentuais decorrem a partir do valor inicial repassado a cada instituição/orgão anterior a privatização do mesmo. Assim, consideraram-se arredondamentos dos percentuais mediante os cálculos efetuados.

Os dados visualizados na tabela acima confirmam a tendência de crescimento no valor dos contratos que ocorreu em estados como São Paulo. Também chamam a atenção para o volume desse crescimento, que ultrapassou 200% em sete anos de contrato como no caso do Cepon e do Hemosc.

O contrato do Samu também representa um dos maiores aumentos, sendo de mais de 28% em apenas 02 anos de contrato. O contrato do Hospital Florianópolis<sup>1</sup> não recebeu aditivos, pelo fato de ser um contrato de menos de 01 ano na data dessa pesquisa. O contrato do Serviço de Humanização do Hospital Regional de Joinville não possui aditivos na fonte pesquisada.

Dos recursos que as OS recebem do governo da Secretaria de Estado da Saúde, o percentual destinado a título de "taxa de administração" descarta qualquer tipo de prestação e contas, pois são repassados a título de administração do contrato. Essa taxa varia de acordo com cada contrato. No caso do contrato do Samu essa taxa é de 10%.

O que se observa na gestão do governo catarinense é um trato com os serviços da saúde numa lógica gerencial de custo - benefício, sem caracterizar a saúde com um bem humano e social e um serviço básico de cidadania. Os trechos da reportagem (KREMER, 2011) transcritos abaixo são reveladores do pouco compromisso com o SUS e a saúde dos catarinenses:

O secretário de Saúde de Santa Catarina, Dalmo Claro de Oliveira, diz que a administração das organizações sociais — defendida pelo governador Raimundo Colombo (DEM) — é interessante por agilizar o atendimento à população. Isso porque as OS podem adquirir produtos e serviços sem licitação e contratar funcionários sem concurso público.

Representantes do setor privado, como o presidente da Federação dos Hospitais de Santa Catarina (Fehoesc), Tércio Egon Paulo Kasten, concordam com a ideia de que instituições administradas por OS beneficiam os usuários. Para Kasten, as OS conseguem trazer economia e eficiência para o Estado, diminuindo as filas comuns nas portas dos hospitais públicos.

Além de agilizar os procedimentos, a administração por organizações poderia reduzir os gastos públicos. Enquanto os técnicos de enfermagem concursados pelo Estado trabalham 30 horas semanais e têm salário base de R\$ 900 mensais, mais eventuais gratificações, as OS podem contratar celetistas com carga horária de até 44 horas semanais e piso de R\$ 660.

---

<sup>1</sup>Em reunião do Fórum Catarinense em defesa do SUS e contra a privatização no dia 08 de maio de 2014 no auditório do CSS, na UFSC um trabalhador do Hospital Florianópolis - HF - fez o seguinte relato: A Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM – assumiu a gestão do HF em janeiro de 2014 e se tem observado bastante rotatividade de trabalhadores, alas e serviços ainda desativados como, por exemplo, 5 leitos de UTIs em função da falta de trabalhadores, falta de material e solicitação de empréstimos de materiais para outros hospitais públicos da região, acidentes de trabalho devido a sobrecarga, problemas na esterilização do material e níveis de infecção hospitalar além da média. Destacam-se muitas preocupações da gestão em manter uma aparência desta unidade de saúde em termos de boa infraestrutura e de recepção.

Outro dado que chama a atenção nessa questão do financiamento das instituições de saúde em Santa Catarina é o Plano Plurianual 2012-2015 aprovado através da Lei n. 15.722 de 22 de dezembro de 2011, que traz no item “subvenção financeira às Organizações Sociais” o valor superior a 800 milhões para 08 OS e no Item “manutenção das unidades assistenciais mantidas pela SES” o valor de 717 milhões para 15 unidades. Ou seja, em Santa Catarina ocorre um claro subfinanciamento das unidades públicas se comparadas com as Organizações Sociais<sup>1</sup>.

### **O enfraquecimento do Controle Social**

O Decreto n. 4272, de 28 de abril de 2006, que regulamenta a Lei de Incentivo às Organizações Sociais é a normativa que regulamenta, entre outras questões, a fiscalização dos contratos com as OS's. Essa responsabilidade é atribuída à Comissão de Fiscalização e Avaliação, que de acordo com o Art. 35 do Decreto n. 4272/2006 é composta por: um representante da Secretaria de Estado da Saúde, um representante da Secretaria de Estado do Planejamento, um representante dos servidores públicos cedidos, um representante da sociedade civil indicada pelo Conselho Estadual de Saúde e um representante da Organização Social. A Comissão será presidida pelo representante da Secretaria de Estado da Saúde.

Ou seja, pelo Decreto 4272/2006 a Comissão é composta por cinco membros, onde os Gestores e representante da Organização Social formam maioria em número de três.

Todo o controle social do SUS, instituído pela Lei 8142/1990 é contrariado no sistema de OS, sendo substituído por uma comissão não paritária, onde os usuários e os trabalhadores possuem apenas uma vaga. Vale lembrar que as Leis do SUS instituíram os conselhos de saúde, com composição paritária e que são responsáveis pela fiscalização da política de saúde, sendo órgão deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde.

---

<sup>1</sup>Estudar as Organizações Sociais na gestão dos serviços de saúde em Santa Catarina é um tema que merece estudos mais aprofundados, pois nos municípios os contratos também estão acontecendo. A título de exemplo destaca-se a situação de Joinville: “Reunidas às comissões de Finanças, Legislação e Saúde, os vereadores decidiram por unanimidade aprovar os projetos de lei 66 e 67 de 2014 que permite a Secretaria da Saúde celebrar convênio com o Instituto Essência de Vida, de Garuva, que atua em ortopedia e outras áreas para atender com equipe médica à imensa fila de 109 mil pessoas que aguardam por exames, cirurgias e consultas em Joinville”. In. JOINVILLE. Vereadores aprovam convênio de Secretaria da Saúde com empresa privada. <http://www.cvj.sc.gov.br/> Acesso em 08/05/2014



Ainda de acordo com o Decreto 4272/2006, em seu artigo 36, a Comissão de Fiscalização e Avaliação é responsável por: acompanhar o cumprimento das metas estabelecidas nos contratos de gestão, fiscalizar os atos legais e institucionais da OS no âmbito do Contrato de gestão, analisar e aprovar a prestação de contas anual da OS, encaminhar aos órgão de controle os relatórios sobre os contratos de gestão (Diretoria de Auditoria Geral da Secretaria de Estado da Fazenda que, após os procedimentos legais, promoverá o seu encaminhamento ao Tribunal de Contas do Estado), aprovar os regulamentos para a contratação de obras e serviços e para as compras e contratação de pessoal.

Dessa maneira, os conselhos de saúde ficam sem acesso às informações sobre a execução dos contratos de gestão com as OS, dificultando ainda mais a fiscalização delas. Em Santa Catarina o Conselho Estadual de Saúde aprovou a Resolução número 003/2010, que se posiciona contrariamente à terceirização da gestão das unidades de saúde para as Organizações Sociais. Nota-se que mesmo após a aprovação dessa resolução não só os contratos que existiam na época da sua aprovação continuaram ativos, como outras OS foram contratadas, contrariando claramente o controle social do SUS em Santa Catarina.

Se as OS poderão ter as seguintes fontes de recursos (SANTA CATARINA, 2006), nos perguntamos como poderão nesta lógica garantir e realizar serviços 100% SUS?

Art. 50 - Os Contratos de Gestão firmados com as Organizações Sociais poderão ter as seguintes fontes de recursos financeiros para a sua execução: I - dotações orçamentárias que lhes forem transferidas pelo Poder Público Estadual; II - as doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, públicas e privadas; III - os rendimentos de aplicações de seus ativos financeiros e outros pertinentes ao patrimônio e serviços sob a sua administração; IV - as receitas provenientes de serviços prestados a terceiros ou bens produzidos em decorrência do Contrato de Gestão; V - transferências a fundo perdido; e VI - outros recursos que lhes venham a ser destinados por força do Contrato de Gestão.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A constituição federal e as Leis do SUS garantem a saúde como um dever do estado. As leis do SUS garantem a participação da iniciativa privada de forma

complementar ao SUS. O modelo de Organizações Sociais é um modelo que substitui o serviço público e portanto fere claramente a constituição e as leis do SUS.

Em Santa Catarina vemos um claro enfraquecimento da rede hospitalar pública, com prioridade para o financiamento para as instituições de saúde sob gestão das OS, ao mesmo tempo em que ocorre uma clara afronta ao controle social do SUS.

Trata-se do avanço da política neoliberal em nosso estado, através da privatização progressiva dos serviços de saúde, colocando-os à disposição para a exploração de lucros. Sugere-se que esse tema seja amplamente discutido nos cursos e seminários que dizem respeito ao direito à saúde.

Apesar de todas estas dificuldades e tensionamentos que estão efetivamente em busca dos recuses públicos da saúde, não podemos desconsiderar que é um dos maiores sistemas públicos de saúde no mundo industrializado. Presta assistência à saúde para milhões de pessoas, a qual vai desde assistência básica até tratamentos que envolvem complexidade tecnológica média e alta, bem como serviços de emergência. Além disso, conta com excelente programa de vacinação e um programa de vírus da imunodeficiência humana (HIV) reconhecido internacionalmente. Realiza também pesquisa em diversas áreas da ciência, inclusive, com célula-tronco e é o segundo país no mundo em número de transplantes de órgãos. (OCKÉ-REIS, 2010).

O SUS representa, portanto, concomitantemente avanços e retrocessos na área da saúde pública brasileira, pois, é considerado o maior projeto público de inclusão social, onde mais de 70% da população brasileira depende exclusivamente apesar de sobreviver em meio a graves dificuldades e obstáculos oriundos no modelo de gestão.

Na atual conjuntura, desafios estão colocados para os defensores do Projeto de Reforma Sanitária com relação à democratização da saúde, a defesa do SUS constitucional, a reafirmação do caráter público estatal e a destinação de recursos públicos para o setor público.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. CPI na Saúde de São Paulo denuncia “Universalização Excludente”. **Correio Cidadania**, São Paulo, 15 de abril de 2008. Disponível em <[http://www.correiocidadania.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1678:politica150408&catid=25:politica&Itemid=47](http://www.correiocidadania.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1678:politica150408&catid=25:politica&Itemid=47)>. Consultado em 13/05/2013.

BARBOSA, N. B. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público *versus* privado na saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2497-2506. ISSN 1413-8123.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 19, de 04 Junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio. Brasília: 04 Junho 1998.

BRASIL. Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília: 1990.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: 1990.

BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. (Orgs). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. 76 p.

KREMER, R. Governo de SC cogita transferir administração de hospitais a Organizações Sociais. **Diário Catarinense**. Saúde, 01/03/2011. <http://www.clicrbs.com.br/diariocatarinense/jsp/default.jsp?uf=2&local=18&section=Geral&newsID=a3225186.xml>. Acesso em 01/03/2011.

LEMES, C. Hospitais públicos de SP gerenciados por OSs: Rombo acumulado é de R\$147,18 milhões. **VioMundo, São Paulo**, 21 de junho de 2011. Disponível em <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/hospitais-publicos-de-sp-gerenciados-por-oss-a-maioria-no-vermelho.html>>. Acesso em 13/05/2013.

OCKÉ-REIS, C. *O SUS: o desafio de ser único*. In: **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**/ Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Orgs.) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

SANTA CATARINA. Lei Complementar. Decreto nº 1.928/2004. Regulamenta a Lei nº 12.929, de 04 de fevereiro de 2004, que institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, e dá outras providências.

SANTA CATARINA. Resolução n. 03/2010. Conselho Estadual de Saúde. Secretaria do Estado da Saúde.

SANTA CATARINA. Lei n. 15.722, de 22 de dezembro de 2011. Aprova o Plano Plurianual para o quadriênio 2012-2015 e adota outras providências. Diário Oficial do Estado, Santa Catarina, n. 19.241- A de 31 de dezembro de 2011.

SANTA CATARINA. Decreto n. 4272, de 28 de abril de 2006. Regulamenta o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais instituído pela Lei n. 12.929/2004. Diário Oficial do Estado, Santa Catarina, pag. 002 de 28 de abril de 2006.

SANTA CATARINA. Plano Plurianual 2012-2015. Lei Nº 15.722, de 22 de dezembro de 2011 – Anexo Único. Disponível em <http://www.tjsc.jus.br/adm/financas/PPA%202012-2015%20%20Anexo%20Unico.pdf> Acesso em 30/04/2014.

SÃO PAULO. Diretoria de Contas do Governador. Comparação de Hospitais Paulistas: Estudo comparativo entre gerenciamento da administração direta e das organizações sociais da saúde. São Paulo: Tribunal de Contas do Estado, 2010.

## O ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

**Arthur Alves de Teixeira**

Enfermeiro. Residente da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Email: arthurteixeira1989@gmail.com

**Déborah Garcia**

Acadêmica de enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Email: deborah.dgarcia@hotmail.com

**Marsam Alves de Texeira**

Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER); Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Universitário Internacional (UNITER).

Email: marsam\_teixeira@yahoo.com.br

**Rejane Malaggi**

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas (Ufpel); Especialista em Saúde Indígena pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Email: rejane.malaggi@sms.prefpoa.com.br

### RESUMO

O trabalho em questão apresenta um relato de experiência a respeito da temática “acolhimento”, sua conceituação, suas dimensões e a descrição da experiência da implantação do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde do município de Porto Alegre, RS. Trata-se de um estudo descritivo, no qual são expostas as reflexões e vivências baseadas no olhar subjetivo dos autores a respeito da implantação do acolhimento. Buscando atender o preconizado pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, iniciou-se o processo de implantação do acolhimento na Unidade no ano de 2012. Descreve-se neste trabalho as mudanças na rotina do serviço, seus pontos positivos, negativos, e as dificuldades enfrentadas neste percurso. Os resultados obtidos até o momento são positivos, contemplando a universalidade, a integralidade e a promoção do protagonismo do usuário do serviço.

**Palavras-chave:** Acolhimento; Integralidade; Acesso.

### ABSTRACT

The work in question presents an experience report on the theme “reception” in the public health system in Brazil, its concept and its dimensions, later describing the still ongoing experience of its implantation in a Basic Health Unit in the city of Porto Alegre, RS. This is a descriptive study, in which are exhibited reflections and experiences based on the subjective gaze of the authors regarding the “reception” implantation. Seeking to meet the criteria of the National Humanization Policy of the Ministry of Health, the process of implantation started in our Unit in the year of 2012. This work exposes the changes in the Unit routine, its advantages and disadvantages, and the difficulties faced in this journey. It's also reported how the service was like before the existence of this type of service, and the positive results so far, contemplating the universality, integrality and promotion of the

user's empowerment in the service.

**Keywords:** Reception; Integrality; Access.

## INTRODUÇÃO

De acordo com Souza e Costa (2010), o Brasil vive um momento de intensos avanços no seu sistema de saúde, havendo a oferta de diversos programas, projetos e políticas que têm apresentado resultados inegáveis e exitosos para a população brasileira, no entanto apontam ainda que a implementação, implantação, financiamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda são desafios a serem enfrentados.

Mitre, Andrade e Cotta (2012), expõem que em 2003 surgiu a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual veio para afirmar a indissociabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, reforçar a participação de usuários e trabalhadores na gestão dos serviços de saúde, e transformar os modelos de atenção e da gestão da saúde através da promoção de ações que impulsionem mudanças no plano das políticas públicas, propondo ainda o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, e a reorganização dos serviços a partir da problematização dos processos de trabalho.

A Política Nacional de Humanização se trata de um programa do Ministério da Saúde para a melhoria do acesso e atendimento à população, o qual institui o acolhimento como parte da dinâmica de atendimento, possibilitando o acesso através da demanda espontânea nos serviços que fazem parte da rede de Atenção Primária à Saúde (APS). Scholze, Junior e Silva (2009), apontam o acolhimento como uma das principais diretrizes da PNH, pois promove consequências diretas que podem influenciar no acesso dos usuários através de mudanças no processo de trabalho, pretendendo atender todos aqueles que buscam o serviço de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006):

Acolhimento: Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. (BRASIL, 2006).

Para o Ministério da Saúde (2006), o acolhimento favorece a construção de

uma relação de confiança e compromisso dos usuários com os serviços de saúde, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade, e fortalecendo os avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira.

Franco, Bueno e Merhy (1999) declaram que o acolhimento tem como proposta a organização do serviço de saúde de forma usuário-centrada, partindo dos seguintes princípios: Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; qualificar a relação trabalhador-usuário que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Segundo Beck e Minuzzi (2008), o acolhimento tem a potencialidade de inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: atender todas as pessoas que procuram os serviços, e possibilitando a acessibilidade universal. Ideia esta compatível com a de Solla (2005), que acrescenta ainda que se deve dar a escuta dos problemas de saúde do usuário de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema. Este autor afirma que o acolhimento identifica as demandas dos usuários e reorganiza o serviço e o processo de trabalho, tendo como objetivo ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento e impulsionando a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde.

Fagundes *apud* Souza et al. (2008), declara que o acolhimento deve ser entendido como um dispositivo capaz de atender a exigência de acesso, propiciar o vínculo com os usuários, questionar o processo de trabalho, promover o cuidado integral e modificar a clínica, devendo-se portanto qualificar os trabalhadores para receber, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar.

É na prática do acolhimento que se deve desencadear a prática da escuta, pois se espera que neste momento o profissional volte-se para o usuário, estabelecendo uma relação de empatia, coproduzindo saúde (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011). Esta ideia vai ao encontro com o que Santos e Santos (2011) expõem, os quais declaram que o acolhimento é uma tecnologia leve de grande impacto na promoção à saúde e que requer uma ação reflexiva, estreitando o vínculo entre usuários e trabalhadores, mobilizando a sensibilidade dos trabalhadores e o

desenvolvimento ético e solidário para escutar e dialogar, o que gera uma satisfação tanto para os trabalhadores quanto para os usuários.

Silva e Mascarenhas (2004) *apud* Takemoto e Silva (2007), se reportam ao acolhimento como uma postura que pressupõe uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários.

O acolhimento não se resume somente na recepção do usuário ou simplesmente uma etapa do processo de atendimento, mas sim deve ocorrer em todos os momentos no serviço e saúde e ser realizado por todos os profissionais, propiciando assim um compartilhamento de saberes (BRASIL, 2006).

A partir da vivência e observação evidenciamos que o acolhimento se apresenta de forma variada nos diferentes serviços de saúde, tendo características distintas conforme o entendimento dos profissionais em relação ao tema e a disposição que os mesmos apresentam para a implementação desta proposta.

Isto posto, percebeu-se a necessidade de elaborar um trabalho que além de apresentar uma revisão teórica do acolhimento, relatasse uma experiência prática da sua implementação com o objetivo de fornecer subsídio aos leitores a respeito do tema em questão.

## **DESENVOLVIMENTO**

Trata-se de um estudo descritivo, no qual os autores descrevem as suas percepções a respeito da implantação do acolhimento em uma UBS no município de Porto Alegre/RS.

A UBS foi fundada em 1987, e segundo dados do IBGE de 2010 possui uma população de 7192 habitantes, no entanto atualmente temos em média 10 mil pacientes cadastrados, pois até então o território da unidade era aberto, dando-se início a territorialização no ano de 2013 com progressiva queda no número de usuários. Contamos atualmente com seis profissionais médicos, dois enfermeiros, oito técnicos de enfermagem, um agente de combate de endemias, um porteiro e uma higienizadora, cumprindo a equipe médica 20 horas semanais e os demais profissionais da saúde 40 horas semanais.

Desde a inauguração da UBS, diversas vezes os usuários tiveram que se



adaptar às mudanças na forma de acesso ao serviço, sendo o acesso ao serviço médico sempre regulado através da distribuição de fichas, distribuição esta que teve variações de dias e horários durante o transcorrer do tempo.

A demanda da população sempre gerou preocupação para a equipe, principalmente porquê muitos usuários acabavam ficando sem o atendimento médico, as filas estendiam-se pela madrugada, sem segurança, e ocorrendo ainda a venda de fichas.

Proposta pela Gerência Distrital, a discussão pelo tema acolhimento deu-se nos diversos espaços da comunidade, nos quais os coordenadores trabalharam este tema em suas respectivas Unidades, Conselhos Locais de Saúde (CLS), e demais localidades quando apropriado. Esta nova forma de atendimento deveria primeiramente modificar a forma de acesso ao serviço, dar um enfoque humanizado nas relações entre os trabalhadores e usuários, e desmistificar as relações de poder estabelecidas entre estes atores.

Seguindo o estabelecido no Regimento Interno dos CLS de Porto Alegre, o qual estabelece que ao Plenário compete o debate, a análise, a apreciação, e a deliberação sobre toda e qualquer matéria atinente à saúde no âmbito do território do serviço de saúde, discutiu-se com a comunidade o tema e formou-se parceria para que se desse a aceitação e a implantação do acolhimento na unidade. A queixa pela dificuldade de consultar com clínico era a principal reivindicação da população, e o acolhimento viria melhorar esta necessidade.

O CLS da UBS é um espaço importante dentro da comunidade, servindo como uma ferramenta indispensável de mobilidade social, e tendo como uns de seus objetivos levar os assuntos do serviço para a comunidade e as demandas da comunidade para debate junto aos trabalhadores. As reuniões acontecem mensalmente, em local próprio da comunidade, e em horário noturno para a maior participação dos usuários, no entanto, ainda assim a participação dos usuários é relativa, variando de quatro a vinte pessoas.

Após a discussão iniciada no Serviço, capacitações dos servidores e a mobilização do CLS, implantou-se o acolhimento na UBS no segundo semestre de 2012. Porém foi apenas em 2013 que a reorganização do serviço foi estabelecida a fim de facilitar o acesso da população. Iniciou-se a mudança gradativamente após discussão com equipe, disponibilizando-se em um primeiro momento 30% das vagas das consultas médicas do clínico para o acolhimento. Os outros 70%, permaneceram

tendo como critério a ordem de chegada. Para as consultas médicas de pediatria e ginecologia não se usava o critério de ordem de chegada e sim a necessidade.

O acolhimento deveria ser realizado por todos os profissionais da equipe, no entanto quem tomou a frente foram os técnicos de enfermagem e os enfermeiros, os quais direcionam os usuários para as consultas de enfermagem quando necessário. Outro profissional essencial é o da portaria, pois acolhe e explica a possibilidade de conversar com a enfermagem sobre a sua necessidade. Ressalta-se que a equipe médica trabalha em conjunto com a equipe no cuidado do paciente e se mostra favorável e cooperativa com o acolhimento, no que compete à discussão de casos e o cuidado multiprofissional.

Aos poucos com a temática fazendo parte do dia-a-dia dos trabalhadores e o conhecimento dos usuários sobre essa forma de atendimento, o acolhimento foi ganhando uma dimensão positiva. A partir de dezembro de 2013, o percentual de consultas agendadas através do acolhimento passou a ser de 50% para os clínicos gerais, e 100% para ginecologistas e pediatras.

Com o aumento da resolutividade do acolhimento, e a conquista de confiança por parte dos profissionais, o número de usuários que buscavam a UBS aumentou significativamente, pois além da facilidade do acesso ao serviço, a escuta qualificada aumentou a qualidade do atendimento e fortaleceu o vínculo com a comunidade.

Lima et al. (2007), afirmam que a responsabilização do profissional com o estado de saúde do usuário constitui um elemento essencial para um acolhimento efetivo, fazendo com que o usuário desperte um sentimento de confiança em relação ao profissional que o assiste.

Durante o acolhimento buscou-se enxergar o usuário em sua totalidade e focar em suas necessidades, se responsabilizando pela sua saúde e ao mesmo tempo promovendo e estimulando a sua responsabilidade, o seu autocuidado, indo assim de encontro com o pregado por Merhy (1998), que diz ser necessário desenvolver no serviço de saúde a capacidade de acolher, responsabilizar, resolver e dar autonomia ao usuário.

Diante da reorganização do processo de trabalho relatam-se também as dificuldades enfrentadas neste processo. Cita-se a resistência de alguns profissionais, em parte por desconhecimento do significado do acolhimento, e em parte pela falta de comprometimento. Muitos trabalhadores da saúde não conseguem diferenciar o

acolhimento da triagem, utilizando suas denominações como sinônimas e julgando que ambas as práticas têm resultados meramente classificatórios para o fluxo de atendimento.

O acolhimento “dasacomodou” alguns profissionais, que tiveram que se mostrar disponíveis e dispostos a escutar e colaborar com o usuário, mudança esta que provocou e ainda provoca resistência e entraves dentro da equipe, ainda que menores.

Outra dificuldade encontrada é o espaço físico na unidade que é insuficiente e prejudica o funcionamento, pois apesar do acolhimento ocorrer em todos os ambientes da unidade há a necessidade de um ambiente com privacidade para a escuta, em que os pacientes possam falar de suas angústias e serem respeitados na relação de troca de saberes.

Medeiros et al. (2010), coloca que o acolhimento sofre relevante influência política, econômica, social, e histórica, não sendo responsabilidade apenas dos usuários e dos trabalhadores, pois são inúmeros os problemas enfrentados, inclusive de ordem estrutural, o que inviabiliza as soluções sem o apoio institucional. Observa-se que as políticas implantadas vem beneficiar os usuários, como é a PNH, mas os trabalhadores necessitam de um apoio dos gestores e condições de trabalho para que o resultado seja mais satisfatório.

Ainda enfrentam-se barreiras relativas tanto à gestão, quanto à organização e ao apoio da equipe e dos usuários, contudo é perceptível que aos poucos a resistência tem se dissipado, pois o serviço cresceu em termos que qualidade de atendimento e os profissionais e usuários têm notado esta melhoria.

Diante disso, decidiu-se realizar uma pesquisa de satisfação entre os usuários do serviço sobre o acolhimento. Solicitou-se que estagiárias do curso de enfermagem da UFRGS realizassem perguntas aos usuários que estavam na sala de espera e que não tivessem passado pela consulta de enfermagem. A escolha dos usuários era aleatória e os mesmos deveriam assinar o termo de consentimento para responder às perguntas. O objetivo da pesquisa era apenas ouvir os usuários sobre o que os mesmos estavam achando do acolhimento. Optou-se pelas estagiárias porque as mesmas não eram conhecidas no serviço.

Segue abaixo alguns relatos dos usuários ao serem indagados sobre o acolhimento:

*“Acho muito bom. Eu e minha família consultamos aqui. Pra mim é muito bom!”*

*Melhorou muito o atendimento do postinho” F.C, 57 anos*

*“Gostei, achei excelente. Mês passado precisei e o enfermeiro pediu exames. Depois vim trazer para ele. Gosto bastante da forma como eles atendem. No momento acho que está ótimo, não tem o que melhorar... só a demora é ruim, a gente espera bastante. Se tivesse que melhorar acho que seria a demora” J.S, 37 anos.*

Alguns usuários demonstram descontentamento por não terem a certeza de que serão atendidos por um médico, isso evidencia a carência da população no conhecimento relativo às atribuições e capacidade do enfermeiro no serviço de saúde, também é clara a dificuldade que o usuário tem em diferenciar situações urgentes, visto que há conflito quando tenta-se explicar ao paciente que para determinadas situações a melhor conduta é marcar uma consulta, que o caso nem sempre necessitará ser atendido naquele instante ou naquele dia.

Partindo do exposto por Ortiz et al. *apud* Souza et al. (2008), o qual afirma que o acolhimento se trata de um processo no qual as instituições e seus trabalhadores, de uma forma acolhedora e humanizada, se responsabilizam em intervir na realidade local a partir das principais necessidades de saúde, buscamos a melhoria do atendimento e o aperfeiçoamento do acolhimento visando impactar positivamente na realidade da comunidade, focando tanto na assistência direta ao paciente, quanto no desenvolvimento de ações voltadas para a saúde coletiva de uma forma geral.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Percebe-se que no atual contexto em que se encontra o SUS o acolhimento é um assunto de extrema relevância e de frequente pauta nos espaços de discussões, pois se tratando de uma diretriz da PNH se faz presente na grande maioria dos serviços de saúde brasileiro, ainda que implementado distintamente nos diferentes serviços.

Por estar intimamente ligado tanto a questões relacionadas à gestão dos serviços de saúde, quanto a questões de assistência aos usuários, entre outros, o acolhimento engloba um conjunto de fatores que se relacionam e precisam ser trabalhados para que se efetive a sua implantação.

Através da nossa vivência durante a implantação do acolhimento, percebeu-se que pode ser extremamente desgastante fomentar mudanças em um

modelo de atenção habituado a trabalhar com outra forma de assistência, pois em um primeiro momento os profissionais antigos se mostraram fortemente resistentes a mudanças. Em contrapartida percebeu-se a importância de trabalhar detalhadamente o acolhimento com a equipe e clarear os seus objetivos, visto que necessitava-se da cooperação e disposição de todos.

Por se tratar de mudanças significativas na rotina de trabalho, tivemos e temos o cuidado de promover aos poucos as mudanças na unidade, pois mudanças abruptas podem prejudicar a aceitação e adesão da equipe.

Reconhecemos e identificamos no nosso dia-a-dia a real importância do acolhimento para a qualidade do serviço público de saúde e o seu impacto na saúde dos usuários, e no estabelecimento de vínculo com a população, no entanto consideramos que este processo deve se dar de forma gradativa e cautelosa.

Precisamos difundir os ideais do acolhimento e estimular a participação dos profissionais e da população neste processo, pois este “modelo” de atendimento só tem a agregar aos serviços de saúde. Ressalta-se a importância do CLS neste processo, a comunidade coopera quando se sente parte.

Nossa experiência tem sido bastante exitosa, já que aos poucos o objetivo principal está sendo alcançado, que é o acolhimento baseado no respeito ao usuário, no reconhecimento de seu protagonismo, de seus direitos e suas necessidades. Os profissionais se mostram cada vez mais envolvidos e conscientes da importância deste processo, sendo reconhecidos e valorizados por isto.

O acolhimento na Unidade Básica de Saúde contemplou os princípios do SUS, destacando a ampliação do acesso, a participação da população, através do CLS, a autonomia do paciente com a troca de saberes e a educação permanente entre os trabalhadores, dentre outros objetivos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. 2ª ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2006.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Apr. 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso). Acesso em 23 Jan. 2014.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al . Acesso e acolhimento em unidades de saúde

na visão dos usuários. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, Mar. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso em 16 Fev. 2014.

MEDEIROS, Flávia A et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 12, n. 3, June 2010. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642010000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300006&lng=en&nrm=iso). Acesso em 19 fev. 2014.

Merhy EE. **A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** In: Campos CR, organizador. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, Aug. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800018&lng=en&nrm=iso). Acesso em 18 Jan. 2014.

PIRES, Eulina Patrícia Oliveira Ramos; SOUZA, Maria Andréa Kertész de. Políticas de saúde um contexto de saberes para o cuidado na estratégia de saúde da família. **Rev. Temática Kairós Gerontologia**, Brasil, 14 (3), ISSN 2176-901X, São Paulo, junho 2011: 223-241.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Regimento Interno do Conselho Local de Saúde. Porto Alegre. (s.d)

SANTOS, Ialane Monique Vieira dos; SANTOS, Adriano Maia dos. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 13, n. 4, Aug. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642011000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000400015&lng=en&nrm=iso). Acesso em 23 Jan. 2014.

SCHOLZE, Alessandro da Silva; DUARTE JUNIOR, Carlos Francisco; SILVA, Yolanda Flores e. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 31, Dec. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400006&lng=en&nrm=iso). Acesso em 23 Jan. 2014.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en&nrm=iso). Acesso em 01 Fev. 2014.

## A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA QUANTO AO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Patricia Araújo Burato Miguel

Enfermeira Especialista em atenção básica - Saúde da Família – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: patriciapatipi@hotmail.com.

Francieli Maragno

Enfermeira Especialista em atenção básica- Saúde da Família – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: fran\_maragno@hotmail.com.

Ioná Vieira Bez Birolo

Professora Mestre do curso de Enfermagem – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em atenção básica – saúde da família. E-mail: ionavieira71@hotmail.com

Luciane Bisognin Ceretta

Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em atenção básica – saúde da família. Doutoranda em Ciências da Saúde. Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: luk@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** O planejamento em saúde é visto como uma importante estratégia para reorientação e reorganização das atividades e ações em saúde, sobretudo na atenção primária e na Estratégia Saúde da Família. Partindo deste pressuposto este artigo tem como objetivo apresentar a importância da utilização do planejamento estratégico em saúde como instrumento de gerência na organização do processo de trabalho pelos profissionais enfermeiros, tendo como campo de trabalho a Estratégia Saúde da Família. Trata-se de revisão integrativa da literatura sobre os modelos de planejamento em enfermagem e saúde. **Desenvolvimento:** A experiência profissional acerca da atuação do enfermeiro frente ao planejamento em saúde contribui para a reflexão deste processo nas unidades de saúde. A aplicação de uma teoria administrativa no processo de trabalho de enfermagem se faz necessário no ordenamento das atividades operacionais, relações humanas com o cliente e com a equipe de saúde. A integração das habilidades e competências que a enfermagem precisa desenvolver durante a administração dos serviços de saúde é imprescindível para tornar seu processo de trabalho eficiente, qualificado e humanístico. É função da enfermeira o planejar no serviço de saúde que exerce sua profissão, podendo ser o planejamento normativo ou o planejamento estratégico. Em se tratando do trabalho em ESF busca-se a compreensão do planejamento estratégico situacional. O planejamento estratégico pode ser dividido em quatro momentos, o explicativo, normativo, estratégico e o tático-operacional. O momento explicativo compreende uma descrição da realidade, correspondendo ao diagnóstico situacional. No momento normativo os atores ficam responsáveis pelos problemas e recursos para desenvolver as atividades programadas. Os atores selecionando os enigmas e explicando suas causas passam para o momento estratégico, tendo o foco na construção da viabilidade. O momento tático-operacional consiste em desenvolver o planejamento elaborado, neste pode ocorrer modificações conforme as mudanças da realidade. Para realização do planejamento local a enfermagem precisa conhecer a comunidade antes de determiná-lo. Na realização de um planejamento, para que este seja eficaz

e com qualidade é preciso utilizar os melhores recursos financeiros e humanos. Para o sucesso e concretização do planejamento necessita-se de movimentação voltada para metas e objetivos, deve ser flexível e permitir reajustes bem como mudanças de acordo com a realidade. Na formulação o ideal seria envolver os atores, as pessoas, empregados, porquanto assim, aumenta o compromisso no cumprimento da meta. Os planos precisam ser realistas, já que o planejamento passa por avaliação durante sua realização. **Considerações finais:** O estudo permitiu averiguar a importância e o predomínio do planejamento estratégico com enfoque participativo, evidenciando um processo de transição para novas perspectivas no planejamento em enfermagem e em saúde. O desempenho de enfermeiros de Estratégia Saúde da Família sobre a organização e planejamento em saúde, precisa estar articulada a alguns tópicos como: o entendimento da equipe de saúde enquanto sujeitos sociais e a participação dos conselhos populares de saúde, pois é de fundamental importância a responsabilidade coletiva nas tomadas de decisões, para que haja um planejamento das atividades onde possam alcançar os objetivos que se almejam. Essa atividade é relevante porquanto vários atores participam; logo, permite um espaço de manifestação, em que se valoriza a comunicação e a linguagem do pensamento coletivo para o planejamento das ações em saúde, ampliando o planejamento estratégico para uma tendência participativa. Pode-se averiguar que a utilização de planejamento estratégico em saúde, depende muito das posturas e condutas gerenciais por parte do profissional enfermeiro, as quais conduzem ao essencial processo de um planejar participativo e comunicativo.

**Palavras-chave:** Planejamento Estratégico; Estratégia Saúde da Família; Organização dos Serviços.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS,1)
- CUBAS, Márcia Regina. **Planejamento local:** a fala do gerente de Unidade Básica de Saúde. In: Revista Brasileira de Enfermagem. v.58.n.3 Brasília maio/jun.2005. Acesso : Scielo 13/03/09.
- GELBCKE, Francine. Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. **Texto & Contexto - Enfermagem**. Florianópolis v.15, n3, jun/set.2006.
- MARQUIS, Bessie L; HUSTON, Carol J. **Administração e liderança em enfermagem:** teoria e pratica. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 477p.
- MELLEIRO, Marta Maria et al. O planejamento estratégico situacional no ensino de gerenciamento em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.18 n.2 São Paulo abr./jun.2005.



## PROPOSTA DE SENSIBILIZAÇÃO PARA CONSELHO DE SAÚDE

**Patrícia Araújo Burato Miguel**

Enfermeira com Residência em Saúde da Família  
patriciapatipi@hotmail.com

**Francieli Maragno**

Enfermeira com Residência em Saúde da Família  
fran\_maragno@hotmail.com

**Valdemira Santana Dagostin**

Professora do Curso de Enfermagem. Mestre em Ciências da Saúde – Unesc  
vsd@unesc.net

**Luciane Bisognin Ceretta**

Professora do Curso de Enfermagem. Doutora em Ciências da saúde – Unesc  
luk@unesc.net

**Ioná Vieira Bez Birolo**

Professora do Curso de Enfermagem. Mestre em Enfermagem – Unesc iona@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** Trata-se de um ensaio metodológico onde se entende os Conselhos como formas autônomas de organização da comunidade. Esta proposta foi construída junto ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) para propor sensibilização de Conselhos de Saúde, com isso pretende-se ampliar o exercício consciente do controle social, possibilitando assim a construção de um sistema de saúde mais justo e igualitário. No município de Criciúma os Conselhos Locais de Saúde (CLS) surgiram juntamente com a criação dos Programas Saúde da Família (PSF) em 1994, tendo como agentes responsáveis dos CLS os assistentes sociais, com participação de seminários, e reuniões. Pretende-se com esta proposta, estimular o acontecimento de encontros com Conselhos Locais de Saúde, onde os conselheiros possam debater e amenizar dúvidas referentes às ações da ESF e do SUS. Este por sua vez tem a finalidade de oferecer também subsídios para os gestores de saúde do município no desenvolvimento de ações estratégicas e direcionadas para os demais CLS. **Desenvolvimento:** Construiu-se a proposta entendendo-se o processo ensino-aprendizagem como ação participativa e a utilização de estratégias que sistematizem os conteúdos, assim como a reflexão sobre os referenciais teóricos, apresentando-os a partir da correlação dos temas com as experiências práticas dos conselheiros. Conforme a orientação de Freire (2007), o processo ensino-aprendizagem baseia-se na problematização e no princípio da autonomia, que considera a bagagem cultural e os saberes construídos na prática comunitária dos conselheiros, permitindo, com isso, uma sensibilização de suas práticas cotidianas. Para tal faz-se necessário iniciar discutindo a proposta e refazendo se necessário. Se aprovado inicia-se discutindo o processo saúde doença; na sequência propõe-se o diálogo a respeito da origem da saúde pública no Brasil, discutindo em forma de roda de conversa a Lei nº 8080/1990, 8.142/1990 e a resolução 453/2012. Dando sequência a roda de discussão dialoga-se a respeito da Portaria 2488/2011, a qual Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Após esta fundamentação contextual e legal busca-se o debate sobre o Papel dos Conselhos de

Saúde em nível municipal e Local. Durante todo o processo mantém-se aberto para inclusão de outros conteúdos conforme necessidade dos participantes reformulando a planilha de encontros sempre que necessário e de acordo com as necessidades e características locais. **Considerações finais:** **1º Encontro** - Tema: Saúde: Dinâmica: Dividir os conselheiros em dois grupos. Um grupo terá a construção coletiva em cartaz: “o que é saúde”; e o segundo grupo: “o que é preciso para ter saúde”. **2º Encontro** - Tema: Origens da Saúde Pública no Brasil: Dinâmica: Discussão com o grupo, após entregar um papel A4 e caneta, para que os mesmos esquematizem a evolução da Saúde Pública no Brasil. **3º Encontro** - Tema: Legislação (Lei 8.142, lei 141 e; lei 8080): Dinâmica: Dividir os conselheiros em dois grupos, cada grupo estudará uma lei, após a mesma discussão é apresentada para o grande grupo. **4º Encontro** - Tema: Portaria 2488/2011: Dinâmica: Entregar para cada conselheiro a portaria, e os mesmos realizam uma leitura prévia. Após se reunir em dupla ou trio, para compartilhar o conteúdo. **5º Encontro** - Tema: Resolução 453/2012 e Lei Municipal 5030/2007: Dinâmica: Estudo em grupo. **6º Encontro** - Tema: Papel do Conselho Popular de Saúde: Dinâmica: Dividir os conselheiros em dois grupos, um grupo de verbalização e outro grupo de observação, com o tema "Papel do Conselho Popular de Saúde". Enquanto um grupo discute o tema em roda, o outro fica de fora somente observando as questões levantadas, depois faz-se o rodízio. **7º Encontro** - Tema: A atuação do CLS na comunidade: Dinâmica: Dividir os conselheiros em dois grupos. Um grupo levantará os pontos negativos que dificultam o funcionamento do CLS. E o outro grupo levantará os pontos positivos do funcionamento do CLS. Após cada grupo apresentará suas questões ao grande grupo, propiciando uma roda de discussão. No final deste encontro realizar a avaliação dos temas abordados durante os seis encontros.

**Palavras-chave:** Participação Popular; Conselhos de Saúde; Sistema Único de Saúde

## REFERÊNCIAS

BOGUS, Claudia Maria *et al.* **Programa de Capacitação Permanente de Conselheiros Populares de Saúde na cidade de São Paulo.** In: Saúde e Sociedade. Vol.12.n.2. São Paulo jul/dez.2003.

CRICIUMA. **Estatuto dos conselhos populares de saúde de Criciúma.** Acesso em: 19.06/2009

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 2007.

OLIVEIRA, Andréia de. **A participação popular nos Conselhos Populares de Saúde no Município de Criciúma- SC.** Florianópolis: Dissertação de mestrado em saúde pública. 2001.

## OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA GESTÃO EM SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ana Paula Gossmann Bortoletti

Acadêmica de enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Email: ana.bortoletti@gmail.com

Marsam Alves de Teixeira

Enfermeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER).

Email: marsam\_teixeira@yahoo.com.br

### RESUMO

**Introdução:** A era tecnológica representada pelo avanço tecnológico, a celeridade da disseminação de informação e a modernização das atividades tornou-se uma realidade para as instituições de saúde. A informatização dos serviços de saúde dá-se através da implantação das tecnologias de informação que contribuem para melhorar as condições de saúde dos cidadãos. Os Sistemas de informação em saúde (SIS) podem ser definidos como um conjunto de componentes interrelacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde (MARIN, 2010). Segundo Filho, e Cecilio (2006), tem como um dos principais objetivos garantir dados e informações de qualidade para que os diferentes gestores do sistema de saúde possam executar as ações adequadas de planejamento de serviços e atividades em saúde, tendo sempre como objetivo uma melhoria da saúde do cidadão. Ainda com os avanços tecnológicos os sistemas de informação requerem comprometimento por parte dos usuários desses sistemas para a implantação de uma nova forma de trabalhar. O processo de trabalho de todos os profissionais envolvidos com essa informatização é afetado gerando expectativas e resistências frente aos novos desafios (BARBOZA; LOUREIRO, 2007). **Objetivos.** Reconhecer os benefícios e dificuldades dos sistemas de informação no âmbito da gestão em saúde apontados na literatura. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura que aborda sistemas de informação atrelados ao processo de gestão em saúde. **Desenvolvimento:** As áreas de informação e informática em saúde têm assumido um papel cada vez mais relevante em nível mundial, sendo bastante positivas as experiências de alguns países, particularmente aqueles com sistemas públicos de saúde, que priorizaram a gestão da informação como estratégia para avançar nas suas políticas de saúde (NAFFAH FILHO; CECILIO, 2006). A eficiência dos sistemas de informação está relacionada à otimização do uso de recursos para a realização dos diversos processos desempenhados pelos profissionais, quer seja no cuidado direto, quer seja na administração (MARIN, 2010). Os sistemas de informação em saúde, enquanto instrumentos de trabalho são importantes recursos computacionais de apoio às ações administrativo-burocráticas que dependem de informações atualizadas para executar as políticas de saúde (BENITO; LICHESKII, 2009). Apesar das vantagens que a informatização possibilita na esfera da saúde ainda apresentam-se muitas dificuldades em seu processo de implementação, como a capacitação dos usuários do sistema, o retrabalho e a informatização inadequada dos locais de trabalho. Segundo Brasil (2009) a demanda por dados é retroalimentada, necessitando de registros atualizados, e os SIS vem colaborar nesse sentido. Entretanto há a

necessidade de melhorar as políticas específicas que interliguem a área da informação em saúde com as políticas públicas e sociais. É necessário o engajamento e atuação dos profissionais de saúde e pesquisadores no desenvolvimento e aplicação dos sistemas de informação, principalmente dos enfermeiros, pois são eles os componentes fundamentais do cuidado em saúde (BARRA; et al, 2009). Uma pesquisa realizada nas Unidades de Saúde da Família de Cuiabá analisando o processo de produção de dados e informações mostrou que há contribuições dos sistemas de informação nas questões de planejamento, formulação de propostas, acompanhamento de ações e serviços, avaliação e regulação do sistema de saúde (OLIVEIRA, 2010). A relação custo-benefício da utilização de Sistemas de Informação está também na dinamicidade dos serviços de saúde, que acaba por favorecer fatores de controle financeiros e de qualidade nesses serviços. Esses sistemas possibilitaram mais rapidez ao acesso de dados para pautar licitações, compra de materiais e medicamentos, bem como controle da redução dos estoques. **Considerações finais:** Considera-se que apesar das dificuldades levantadas na literatura os sistemas de informação formam uma ferramenta de suma importância no processo de gestão em saúde, quer seja na área clínica assistencial, ou na administrativa-burocrática. Os SIS representa um mecanismo de apoio para a gestão em saúde devido a melhoria na alimentação e transmissão das informações para as estatísticas nacionais de saúde, de forma que possibilita a diminuição de tempo e custos, seja no atendimento direto ao paciente, seja na elaboração e/ou desempenho das políticas públicas em saúde.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde; Sistemas de Informação; Gestão da Informação em Saúde.

## REFERÊNCIAS

BARBOZA C. M. M. F; LOUREIRO S. M. Tecnologias da Informação e Cuidado Hospitalar: Reflexões sobre o Sentido do Trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, mai/jun 2007.

BARRA D. C. C; DAL SASSO G. T. M; MONTICELLI M. Processo de enfermagem informatizado em unidade de terapia intensiva: uma prática educativa com enfermeiros. **Rev. Eletr. Enf.** V.11, n.3, p.579-89, 2009.

BENITO G. A. V. **Concepção de um Sistema de Informação de Apoio à supervisão da Assistência em Enfermagem Hospitalar:** Uma abordagem da Ergonomia Cognitiva. 2001, 260f. Tese (Pós-Graduação em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, 2001.

MARIN H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **J. Health Inform.** v. 2, n.1, p. 20-4, jan-mar, 2010.

NAFFAH FILHO N; CECILIO, M. A. M. A Política Estadual de Informação de Saúde: um debate necessário In: **Planejamento de saúde: conhecimento e ações**. São Paulo, São Paulo: Secretaria da Saúde e Coordenadoria de Planejamento de Saúde, 2006. p. 71-78.

OLIVEIRA Q. C. Sistema de Informação da Atenção Básica: **Análise do Processo de Produção de dados e Informações em Equipes de Saúde da Família de Cuiabá/MT**. [Dissertação]. Cuiabá/MT: Faculdade de Enfermagem. Programa de

Pos-Graduação Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso, 2010.

## CONSIDERAÇÕES SOBRE AS TÉCNICAS DE NORMALIZAÇÃO NA PRODUÇÃO DE SAÚDE

Camila Cristina de Oliveira Rodrigues  
Mestranda do Departamento de Saúde Coletiva  
Faculdade de Ciências Médicas/  
Universidade Estadual Paulista  
camila.rodrigues888@gmail.com

Sérgio Resende Carvalho  
Professor Dr. do Depto de Saúde Coletiva  
Faculdade de Ciências Médicas/  
Universidade Estadual Paulista  
2srcarvalho@gmail.com

### RESUMO

Procuramos construir neste trabalho uma análise sobre o conceito de saúde e sua produção tecendo uma articulação com os núcleos da Saúde Coletiva e do SUS, com objetivo de ampliar nossa perspectiva de análise de modo a acrescentar no paradigma vigente da saúde alguns elementos dos modos de subjetivação característicos do contemporâneo. Para tanto, adotamos como referências autores da Saúde Coletiva Brasileira, entre outros como Foucault e Canguilhem, buscando elaborar um ensaio genealógico do tema proposto. Acreditamos que este trabalho pode contribuir com o debate do atual contexto em que a sociedade e o campo da saúde se encontram inseridos, buscamos ainda situar nossa implicação histórica com a implementação do SUS, o campo do Direito Sanitário e com o processo de produção da Saúde Pública no Brasil, pensando estes pontos tanto na perspectiva de sua operacionalização concreta quanto da produção de modelos de saúde e políticas públicas, com os quais a Saúde Coletiva tem uma contribuição significativa em nosso país.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva; Sistema Único de Saúde (SUS); Direito Sanitário.

### ABSTRACT

We seek to build on this work an analysis of the concept of health and its production with the nucleus of Public Health and NHS, aiming to broaden the perspective of analysis to add to the current paradigm of health some elements of modes of subjectivity characteristic of the contemporary. To this end, we adopted as authors of Brazilian Health references, among others such as Foucault and Canguilhem, seeking to draw up a genealogical test the proposed theme. We believe that this work can contribute to the debate on the current context in which society and the health care field are inserted, yet we seek to situate our historical involvement with the implementation of the NHS and with the production process of public health in Brazil, thinking it both from the perspective of its operationalization as the formulation of public policies, with which the Community Health has a significant contribution to our country.

**Keywords:** Public Health; Unified Health System; Health Law.

## INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva constitui um núcleo crítico de saber fortemente conectado ao campo da Saúde Pública no Brasil e suas contribuições teóricas influenciaram decisivamente os movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, bem como a construção e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A noção de produção da saúde é correlata ao núcleo da Saúde Coletiva e em torno dela se desenvolveram uma série de arranjos e estratégias de cuidado que marcam significativamente a estilística do Sistema Único de Saúde, dentre os quais podemos citar a Estratégia de Saúde da Família.

Neste sentido, a busca por compreender os modos de produção de saúde e também da doença na Saúde Coletiva se deu bastante articulada ao desenvolvimento de intervenções e processos de organização da assistência em saúde protagonizados por distintos núcleos e atores sociais.

Se na Saúde Coletiva temos construído reflexões sobre os Modelos de Atenção em Saúde e suas racionalidades a partir da perspectiva da produção de saúde e do processo saúde-doença, nos dias atuais se faz cada vez mais necessário que nossa capacidade de entendimento sobre a produção de saúde seja aprimorada frente as mudanças sociais, o que nos implica na elaboração de outras construções reflexivas a cerca do nosso campo de análise e intervenção e dos modelos e práticas de saúde.

Pois, como afirma Campos (2000):

(...) cada modo de produção de saúde é composto por uma dada combinação – qualitativa e quantitativa - de práticas. A combinação destes modos criaria modelos distintos (...). A Saúde Coletiva ou a saúde pública, como núcleo, (...) seria um entre outros modos de produzir saúde. As políticas de saúde e os modelos de atenção resultariam de diferentes combinações destes modos e destas práticas” (p. 227).

Assim, como poderíamos trabalhar a aliança entre Saúde Coletiva e outros campos de saber e prática na produção de pesquisa com o objetivo de ampliar nossa capacidade de compreensão sobre o modo de produção de saúde e sobre o funcionamento das práticas desenvolvidas pelo atual Sistema de Saúde (SUS), bem como sobre o processo de construção das Políticas Públicas de Saúde no Brasil?

Seguindo as concepções de Basaglia, um protagonista da Reforma Psiquiátrica Italiana, sobre produção de saúde, Campos (2000) sugere que a Saúde Coletiva invista seu trabalho na possibilidade de “**inventar saúde**” para grupos concretos, social e culturalmente constituídos. O autor opera, com isso, uma combinação entre Saúde Coletiva e Movimento da Reforma Psiquiátrica que sugere um certo deslocamento no campo, na medida em que põe em destaque uma dimensão criativa, inventiva para a Saúde Coletiva. Se nosso objetivo no campo da Saúde Coletiva apostar nesta proposta de “invenção de saúde” como uma diretriz possível, tal como nos propõe Campos, caberia ainda nos perguntar sobre o conceito de saúde, no que ele nos implica?

Muitos autores já apontaram que o conceito de saúde foi silenciado pelo entendimento implícito de “ausência de doença”, contrapondo que esta perspectiva reforça o Modelo Biomédico e questionaram o fato de que o não adoecimento não implica necessariamente a presença de saúde.

Na tentativa de qualificar o conceito de saúde vimos emergir por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, a proposta de uma definição mais ampliada de saúde enquanto "um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade".

Já no Brasil, temos em 1986 uma proposta conceitual produzida na VIII Conferência Nacional de Saúde que sugere que "a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde". Tal conceituação foi arrematada na Constituição de 1988 sob os seguintes dizeres: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, p.37).

Estas formulações conceituais da noção saúde alcançaram a perspectiva de inclusão dos determinantes sociais e democráticos como produtores do estado de saúde, contudo mantiveram em parte a saúde como uma idéia abstrata e imaterial que muitas vezes, conforme nos aponta Batistella (2007), expressa um certo movimento de idealização que transmite uma impressão de que produzir saúde é algo inatingível e impraticável por parte da maioria das políticas e dos serviços públicos.



Por outro lado, Canguilhem (2005), a respeito da noção de saúde, mostra-nos que quando discutimos o conceito de saúde não estamos tratando de um conceito puramente científico e sim, mais de uma questão filosófica e uma noção que é da ordem do que é comum (do saber popular) e está ao alcance de todos os homens. “Se a saúde é a vida no silêncio dos órgãos, não há propriamente ciência da saúde. A saúde é a inocência orgânica. E deve ser perdida, como toda inocência, para que o conhecimento seja possível (p.39).”

Para este autor, é a angústia suscitada pela doença que nos move ao conhecimento sobre a saúde. Nesta perspectiva, buscamos conhecimentos sobre a saúde pela preocupação que temos de adoecer, portanto, a subjetividade pode ser reconhecida como uma dimensão inerente a este conceito de saúde, o que reforça nossa idéia de que compor a Saúde Coletiva com outros campos de saber, como o campo da Saúde Mental e seu objeto (a subjetividade), pode ser de grande valia para a produção teórico-prática de ambos campos de saber.

Ao retomar por esta ótica a problematização sobre o objeto que nos move a este trabalho e sua articulação com a Saúde Coletiva tomada em intercessão com os estudos sobre a subjetividade, destacamos que partiremos da concepção de Canguilhem (2005) sobre a saúde para se reaproximar do nosso objeto de estudo: a invenção-produção de saúde, entendendo-a como um dispositivo que pode nos ofertar ferramentas de análise para um campo ampliado de produção social tal como o é a Saúde Coletiva. Portanto, neste trabalho a saúde será entendida tal como nos propõe o referido autor: uma capacidade de produzir/ inventar novos valores, novas **normas de vida**.

Assim, para Canguilhem (2006, p.79),

(...) compreende-se que, para o homem, a saúde seja um sentimento de segurança na vida, sentimento este que, por si mesmo, não se impõe nenhum limite. A palavra *valere*, que deu origem a valor, significa, em latim, passar bem. A saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais.

Ressaltamos que este autor parte da concepção de que a espécie humana, diferente de outras, é uma espécie capaz de variação e que apresenta uma capacidade adaptativa potencial tanto do ponto de vista biológico quanto do meio relacional que é desenvolvida através da produção de um conjunto de normas vitais.

Assim, a norma é um conceito intrínseco à própria vida humana e é através de sua produção que a vida se adaptaria e se sustentaria por um determinado tempo, podendo ainda desencadear a produção de novas normas caso detecte sua necessidade (manifestação da doença). As normas vitais dos homens são fornecidas por eles próprios, estando contidas em suas existências. Elas podem ainda ser diferenciadas entre normas sociais e individuais (normas de constituição, de reconstituição e de funcionamento).

O conceito de normatividade, desta maneira, é um conceito conectado ao plano coletivo e permeado pelas dimensões da produção/criação, bem como da funcionalidade e do poder. Com isso, é possível reiterar a partir dos pontos levantados pelo autor que quando discutimos “saúde” estamos necessariamente tratando de questões que envolvem a funcionalidade da vida coletiva (suas normatividades individuais e sociais) além das relações de poder que atravessam uma determinada população. Saúde, portanto, é um conceito necessariamente conectado ao plano coletivo e atravessado por uma heterogeneidade de dimensões da vida como o biológico, o social, o subjetivo, o poder e a funcionalidade da vida.

Trazendo este referencial para o debate da Saúde Coletiva e a análise da dinâmica de funcionamento do nosso Sistema Público de Saúde podemos afirmar que os Modelos de Saúde atuais produziram muitas práticas em saúde distanciadas das perspectivas de invenção de normas vitais pelos sujeitos e suas ações muitas vezes têm como foco a produção de normalizações para a população.

Assim, enquanto produto estruturado de um conhecimento científico, esses modelos se respaldam mais em um saber que prioriza uma perspectiva biológica e social muitas vezes baseada em dados estatísticos populacionais, que expressam mais o resultado do cálculo de médias que elementos da funcionalidade da vida coletiva. Estes cálculos geralmente são utilizados para determinar os padrões de normalidade e designar um modo de concepção de saúde que pode ser efetuados por meio de técnicas específicas de aplicação.

Deste modo,

pode-se afirmar que a saúde se converteu em um objeto de intervenção médica. Tudo o que garante a saúde do indivíduo, seja a salubridade da água, as condições da moradia ou o regime urbanístico, é hoje um campo de intervenção médica que, conseqüentemente, já não está vinculado exclusivamente às doenças. De fato, a medicina de intervenção autoritária em um campo cada vez mais amplo da existência individual ou coletiva é um fato absolutamente característico. Hoje a medicina está dotada de um poder

autoritário com funções normalizadoras que vão bem além da existência das doenças e da demanda do doente. Se é certo que os juristas dos séculos XVII e XVIII inventaram um sistema social que deveria ser dirigido por um sistema de leis codificadas, pode-se afirmar que, no século XX, os médicos estão inventando uma sociedade não da lei, mas da norma. O que rege a sociedade não são os códigos, mas a perpétua distinção entre o normal e o anormal, o perpétuo empreendimento de restituir o sistema de normalidade (Foucault, 2010, p.181).

O referencial de “normal-saudável” e “anormal-doente” construído nos meandros de grande parte dos Modelos de Saúde, deste modo, são pautados em gêneros e níveis de vida obtidos por meio de cálculos de médias que indicam condições coletivas definidas a priori e expressam a partir de seus pressupostos um padrão de normalidade social e individual para garantir uma modalidade de coletivo da espécie.

Portanto, é preciso se atentar ao fato de que o que estamos implicados quando desenvolvemos práticas de saúde engendradas em técnicas de normalização é com a produção de normalizações coletivas que ao serem privilegiadas, inventam “modos de ser fisiológicos” e, ao mesmo tempo, criam “gêneros de vida” que consolidados no campo social acabam, com o tempo, sendo reconhecidos como figurações naturalizadas.

Desnaturalizar estas figurações do conceito de saúde e problematizar certas práticas desenvolvidas pelos Modelos de Saúde atuais não significa dizer que as técnicas de cuidado propostas não produzem efeitos benéficos à população, pelo contrário, muitos estudos demonstram seus graus de resolutividade.

O que procuramos apontar nesta discussão é que os modelos e as práticas de saúde não produzem apenas benefícios circunscritos aos seus usuários, elas também são produtoras de gêneros de vida e de níveis (médias) de vida que trazem sérias implicações para a população usuária de nossos serviços de saúde, assim como para a vida em sociedade.

Cartografar os modos de vida que vem se produzindo a partir das práticas de saúde contemporâneas é algo importante, na medida que através deles podemos identificar sob quais normalizações a Saúde Pública tem se imbricado atualmente e sob quais estratégias teremos que orientar nossos modelos e práticas de invenção-produção de saúde de modo a alinhá-los a um trabalho mais fortemente conectado com a produção de vida.

Pois, como nos adverte Caponi (1997), o discurso constituído a partir do referencial de saúde vigente amplia suas dimensões conceituais, inclusive na esfera de garantias de direito social e universal, porém este mesmo referencial também cria brechas para produção de práticas arbitrárias de controle e exclusão tornando a saúde um objeto passível para intervenção sobre tudo aquilo que for detectado como perigoso e/ou indesejável, de modo que o discurso médico passa progressivamente, a partir de tecnologias refinadas, a se converter em discurso jurídico (Batistela apud Caponi, 2007, p.58).

## DESENVOLVIMENTO

Se na ótica de Canguilhem, são as normas vitais que estão em jogo nas relações estabelecidas entre os sujeitos e a sociedade, se as normas são "o que é fundamental e primeiro (...) em relação à (...) determinação e a identificação do normal e do anormal", nas sociedades modernas vamos encontrar nas expressões do governo, da justiça e da técnica uma correlação fundamental, onde um novo tipo de normatividade dá passagem a fabricação de novas leis sociais e de um novo arranjo para a subjetividade humana. O autor chama atenção ainda ao fato de que a normatividade intrínseca à lei não pode ser confundida com as técnicas de normalização e que é nelas que podemos detectar o foco do problema das sociedades modernas. (Foucault, 2008, p.75).

Assim, deve-se, "mostrar como, a partir e abaixo, nas margens e talvez até mesmo na contramão de um sistema da lei se desenvolvem técnicas de normalização" (Foucault, 2008, p.74). Este fenômeno opera para Foucault (2008) uma mudança paradigmática na relação entre a norma e as técnicas de normalização na sociedade moderna, pois:

"Temos, portanto, um sistema que é, creio, exatamente o inverso do que podíamos observar a propósito das disciplinas. Nas disciplinas, partia-se de uma norma e era em relação ao adestramento efetuado pela norma que era possível distinguir depois o normal do anormal. Aqui, ao contrário, (...) o normal é que é primeiro, e a norma se deduz dele, ou é a partir desse estudo das normalidades que a norma se fixa e desempenha seu papel operatório" (p. 82-83).

Enquanto a adaptação das funcionalidades dos homens ao grupo da sua espécie era o objetivo da produção de normas no passado, na sociedade moderna

considerando o fato de que os indivíduos passam a circular “livremente” nas cidades, vamos nos deparar com outros objetivos sociais, “tratava-se de algo que poderíamos chamar precisamente de segurança do território” ou em outros termos de “como demarcar o território, como fixá-lo, como protegê-lo ou ampliá-lo?”. (Foucault, 2008, p.74).

A meta seria, portanto, delimitar a circulação dos sujeitos no território e anular os riscos desta circulação pelas cidades, ao invés de uma norma que classifica os sujeitos em normais e anormais impondo-lhes regras (leis) de convivência e/ ou confinamento por meio das normalizações (o que Foucault prefere chamar de normações), o modo de agir sobre os sujeitos se dará, diferentemente, por meio de delimitações e contornos mais sutis, ou seja, através de técnicas de normalização.

Mas quem seria este sujeito moderno? Como Foucault o descrevia? O sujeito das sociedades modernas é um sujeito livre em sua circulação pelo território, ou cidade, é, portanto, um sujeito coletivo também denominado de “população”. O sujeito-população e suas realidades, são os elementos que representarão a expressão máxima de correlação da modernidade com as técnicas de normalização vigentes e, portanto, o objeto dos modernos mecanismos de poder.

“Na verdade, a população não é um dado primeiro, ela está na dependência de uma série de outros fatores que por “cálculo, análise e reflexão” se verifica que, mesmo à distância, atuam sobre a população e podem modificá-la de acordo com necessidades coletivas” (Foucault, 2008, p.92).

Dentre estas variáveis Foucault destaca dois aspectos cruciais que influenciam significativamente a produção das leis e a gestão da população. A primeira delas diz respeito à formulação de uma racionalidade e de técnicas de identificação dos fenômenos constantes (normalizações) dentre as variáveis (modificáveis) dos sujeitos-população e a segunda traz apontamentos sobre o desejo enquanto outra forma de variável significativa para a produção deste sujeito-população.

Parte-se do princípio de que se trata de sujeitos complexos e que apresentam fenômenos variáveis, mas que, apesar de existirem fenômenos que dependem de causas conjunturais, condutas individuais, entre outros tipos de acidentes pelos quais a vida está submetida, há fatores capazes de expressar através de uma certa regularidade universal o movimento da população pelo território. No campo da saúde, esses fatores constantes são expressos, por exemplo, a partir de índices como o da mortalidade e da morbidade.

Neste sentido,

(...) a doença não vai mais aparecer nessa relação maciça da doença reinante com o seu lugar, seu meio, ela vai aparecer como uma distribuição de casos numa população que será circunscrita no tempo ou no espaço. Aparecimento, por conseguinte, dessa noção de caso, que não é o caso individual, mas que é uma maneira de individualizar o fenômeno coletivo da doença, ou de coletivizar, mas no modo da quantificação, do racional e do identificável, de coletivizar os fenômenos, de integrar no interior de um campo coletivo os fenômenos individuais (Foucault, 2008, p.79).

Em alguns aspectos, os atuais serviços públicos de saúde brasileiros se ajustam a esta racionalidade, na medida que operam seus modelos sobre a diretriz da “universalidade”, recebendo toda a população que circula em um território delimitado estatisticamente e conhecido pela equipe de profissionais. Nestes espaços, o tratamento das doenças e sintomas convive com as ações do campo da prevenção e promoção de saúde que passam a ser mais incentivadas e evidenciadas pelos processos de gestão do cuidado.

É por meio destes levantamentos e intervenções junto aos “casos” notificados que se passa a desenhar as características da população das áreas de abrangência dos serviços, caracterizando-as por índices que prevêm se se tratam de zonas de maior ou menor risco de morbidade e mortalidade. Nota-se que por meio desta técnica de normalização não se classificará os sujeitos em normais ou anormais de forma generalizada, mas em casos que têm maior ou menor risco.

Além destes índices, Foucault (2008) descreve ainda uma última noção que chamou de crise. A crise trata por sua vez de explicar os fenômenos de “circulação desenfreada”, aspecto que requer um acompanhamento cauteloso por parte dos serviços, pois a partir de determinados graus de intensidade a crise manifesta riscos que exigiram um controle através de mecanismos artificiais de intervenção ou de mecanismos naturais. É o caso do acompanhamento atual de doenças como o HIV-AIDS, a tuberculose e a drogadição.

Quanto ao outro fator variável destacado por Foucault (2008), o desejo, considera-se que é um elemento de significativa relevância neste processo da construção do sujeito-população, na medida que, por ser um fator que atravessa a população, congrega a capacidade de agregar os interesses e comportamentos dos mais variados tipos de indivíduos. Esta espécie de “desejo popular” (universal) vai nascer com a sociedade moderna e preencherá as características deste sujeito-população com interesses coletivos, mesmos que expressos de forma individual, se

constituindo enquanto um tipo de benefício comum que deve ser atendido pelo governo.

Desta forma, pode-se evidenciar que o sujeito moderno, sujeito-população, é um ator que, devido as variáveis a que está submetido, vai requerer um novo modelo de gestão. Segundo Foucault este é um enorme problema, pois se anteriormente o limite da lei numa sociedade era dado por um “não” simbólico que opunha o sujeito em relação ao Estado para manutenção da ordem social, com a emergência da sociedade moderna e do fenômeno da população, o limite da lei exigirá outras roupagens visto que *se se diz a uma população “faça isso”, nada prova não só que ela o fará, mas, também, simplesmente, que ela poderá fazê-lo* (Foucault, 2008 p. 93).

Na sociedade “da população”, portanto, as leis passaram a ter outra funcionalidade, não estarão mais ao serviço do Estado para apontar à sociedade o que ela **não** deve fazer ou como ela não deve agir, mas sim o que ela poderá fazer e como ela poderá agir. A lei torna-se correlata do que chamamos de “desejo popular” se constituindo enquanto um benefício para a população o que marca fortemente tanto a subjetividade quanto as formas de governar.

A gestão da população implica uma complexa reformulação do sistema de leis que vai requerer uma aliança com toda uma série de outros poderes laterais (técnicas de normalização) que, para além da justiça, serão responsáveis pela fabricação de toda uma rede de instituições de vigilância e de correção. Esta rede, de um poder que não é aparentemente judiciário, passa a desempenhar conjuntamente com a justiça uma das funções que lhe foi atribuída, não mais a função de punir as infrações dos indivíduos, mas de corrigir suas virtualidades.

Portanto,

Na época atual todas estas instituições têm por finalidade não excluir, mas, ao contrário, fixar os indivíduos, os conectar a aparelhos de correção, de normalização. Trata-se de ligar os indivíduos a um processo de produção, formação, correção. Trata-se de garantir a produção em função de determinada norma. (...) A finalidade é a inclusão e a normalização (Foucault, 2005, P. 114)

Com isso, Foucault (2005) narra o processo histórico de como procedimentos não exatamente jurídicos foram apropriados pelo Estado como operadores do sistema de regulação e governo cotidiano das condutas dos indivíduos. Procedimentos como o inquérito e o exame que anteriormente eram utilizados como

técnicas do cristianismo foram “judicializados”, e progressivamente difundidos na sociedade em um movimento de transversalização que ultrapassou amplamente as fronteiras judiciais. Tais procedimentos inclusive deram suporte metodológico e epistemológico para um grande número de ciências entre as quais as ciências da vida e da saúde.

Quanto ao inquérito como procedimento das sociedades modernas é relevante destacar que se trata de uma tecnologia de gestão, de uma forma de política em que o exercício do poder, introduzido por meio da instituição judiciária, se constituiu enquanto uma maneira, na cultura ocidental, de autenticar a verdade, de levantar dados que vão ser considerados verdadeiros e de os transmitir enquanto normalizações. O inquérito é uma tecnologia de saber-poder.

Já a técnica do exame que vem se despontando cada vez mais enquanto tecnologia racional moderna, se apóia na exposição dos indivíduos a um tipo de vigilância discreta e pontual capaz de produzir um conhecimento sobre as particularidades de cada um, um saber organizado em torno do que se deve fazer, do que é “padrão de normalidade”. São portanto através destas formas de saber-poder que as normalizações são sutilmente disseminadas no campo social operando uma espécie de controle sobre os indivíduos ao longo de toda sua existência.

Como nos afirma Prado Filho (2012, p.111) deve-se ter em perspectiva que a criminalização das condutas cotidianas e a judicialização da vida são correlativas da patologização das condutas cotidianas e da medicalização da vida, todos eles aspectos fundamentais da experiência contemporânea, imbricados no jogo da norma, colocando em evidência formas sutis de governo das condutas, modos finos de subjetivação e certa instrumentalização (...) do exercício de poder.

Observa-se, com isso, uma multiplicação de objetos e estratégias judiciáveis, que por sua vez capilarizam a função judiciária no corpo social e intensificam suas atribuições por meio de outras instituições e práticas sociais como a saúde.

A este fenômeno tem se atribuído o nome de judicialização da vida, tomada como uma prática que vem sendo disseminada no interior das mais conhecidas instituições cuja finalidade não se restringe à introjeção de leis, mas a operação das técnicas de normalização que em nome da proteção e segurança exercem as práticas de controle sobre a circulação dos indivíduos no território.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deste modo, podemos reconhecer em nosso processo sócio-histórico de construção da concepção de saúde um progressivo movimento de distanciamento da idéia de normatividade da vida (tal como foi desenvolvida por autores como Canguilhem, 2005) e de uma aproximação com os princípios de normalização da vida (elaborada por Foucault, 2008, dentre outros), que marca significativamente nossa concepção atual sobre o que é saúde, bem como o seu processo de produção de práticas, modelos e de gestão, que vem sendo amplamente analisadas e discutidas pelo campo da Saúde Coletiva.

No Brasil, a partir da Constituição de 1988, a saúde passou a se configurar enquanto um bem público consubstancializado na definição de uma norma legal e com aparato institucional jurídico que objetivava garantir o cumprimento de sua efetivação enquanto direito social universal. Com a implantação do SUS, buscou-se operacionalizar esta noção de saúde que enquanto um objeto social concreto e complexo sintetizava múltiplas determinações.

Portanto, a saúde como bem social passou a aparecer como parte intrínseca da luta pela democracia, assim como depois da sua institucionalização jurídica, a defesa da democracia foi quem passou a se constituir enquanto condição para a sustentação da saúde enquanto direito social.

Contudo, segundo Fleury (2009), a construção do Sistema Único de Saúde, ocorreu já em um contexto em que a disputa de concepções favoreceu amplamente o crescimento de um projeto neoliberal que objetivava reorganizar as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos seus formuladores.

Portanto, os últimos anos, apesar dos avanços alcançados com a implementação do SUS, vem sendo marcados por uma importante fragilização no que diz respeito à operacionalização das bases que fundamentam a concepção de saúde defendida pelo Movimento Sanitário e pelo Estado democrático através do SUS, enquanto projeto nacional de saúde.

Cada vez mais a saúde vem sendo colocada sob um campo de tensão com o contexto social e disputada com um modelo competitivo que busca apropriá-la enquanto um bem de consumo ou, pior do que isto, como um modelo de consumo produtor de modos de subjetivação que engendram estilos e padrões de vida que distanciam cada

vez mais o homem de uma normatividade vital e social e o conectam a normalizações cujo valor vem se fortalecendo no capital, no lucro e no consumo.

Por este motivo nos parece fundamental sustentar um debate em torno da concepção de saúde na atualidade tecendo discussões que procurem reconhecer as técnicas de normalização que têm atravessado nosso sistema de saúde muitas vezes de formas sutis, com objetivo de construir estratégias de resistência frente à esta problemática social.

Trata-se, por fim, de um enorme desafio posto à sociedade e em especial ao campo da Saúde Coletiva que necessita urgentemente se articular cada vez mais às demais esferas do campo social como a Educação, a Habitação, o Ambiente, a Distribuição de Renda e Trabalho, no sentido de aumentar sua capacidade de conexão com o campo social e com a produção de vida, potencializando assim sua força afirmativa e de resistência coletiva. Isto significa ainda que, na prática cotidiana das ações em saúde que realizamos, precisamos avançar no sentido de recuperar nossa capacidade inventiva a fim de produzir estratégias de ações em saúde mais conectadas à produção de vida, bem como de trabalharmos cada vez mais em conjunto, de modo coletivo e compartilhado com outros saberes e setores, rompendo com a lógica de fragmentação e segmentarização pela qual vem se organizando atualmente os diversos setores da máquina pública de nossa sociedade.

## REFERÊNCIAS

BARROS, R.B.; PASSOS E. Clínica e Biopolítica na Experiência do Contemporâneo. **Revista de Psicologia Clínica: Pós Graduação e Pesquisa**, 13 (1), 89-99, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório Final **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. 1990.

BRASIL. **Constituição Federal da República**. Brasília: Governo Federal. 1988.

BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: Fonseca, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz. 2007.

CAMPOS, G. W. de SOUSA Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 5 (2), 219-230, 2000.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2005

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9 (3), 669-678, 2004.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências e Saúde**, Manguinhos, IV(2), 287-307, 1997.

CASTIEL, L. D. **A medida do possível...** saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1999.

FERREIRA, F. T. Rizoma: um método para as redes. In: **Liinc em Revista**, 4 (1), 28-40, 2008.

FLEURY, S. Reforma Sanitária Brasileira:dilemas entre o instituinte e o instituído. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (3), 743-752, 2009.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau. 2005.

\_\_\_\_\_. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes. 2008.

\_\_\_\_\_. **O governo de si e dos outros**. São Paulo: WMF Martins Fontes. 2010.

\_\_\_\_\_. Crise da medicina ou crise da antimedicina. In: **Verve**, 18, 167-194, 2010.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, 19 (1), 15-22. 2007.

LOBO, L. F. A expansão dos poderes judiciários. **Psicologia & Sociedade**, 24(n. spe.), 25-30. 2012.

MARTINS, A. L. B. **O Governo da Conduta: o poder médico e a liberdade dos indivíduos na sociedade contemporânea**. Campinas. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2012.

MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec. 2002.

\_\_\_\_\_.; ONOKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio do público**. São Paulo: Hucitec. 1997.

PRADO FILHO, K. Uma breve genealogia das práticas jurídicas no Ocidente. **Psicologia & Sociedade**, 24(n. spe.), 104-111. 2012.

## ANÁLISE DA DEMANDA DE UM PRONTO ATENDIMENTO DA REGIÃO SUL DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Renata Damásio

Acadêmico de Enfermagem 9ª fase Unesc. E-mail: redamasio77@hotmail.com

Julia Peruchi Senen

Acadêmica de Enfermagem 9ª fase Unesc. E-mail: juliaps13@hotmail.com

Beatriz Marques de Farias

Acadêmica de Enfermagem 5ª fase Unesc.

Ana Carolina Porfirio

Acadêmica de Enfermagem 8ª fase Unesc.

Mágada Tessmann Schwalm

Doutora em Ciências da Saúde- Unesc. E-mail: mts@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** A situação dos serviços de emergência é, hoje, motivo de preocupação para a comunidade sanitária e a sociedade em geral, e o seu uso tem sido crescente nas últimas décadas (SILVA, 2007), justificando existência de muitos hospitais com perfil para estes atendimentos (BITTENCOURT; HORTALE, 2009). Nesse contexto, o SUS criou a Política Nacional de Humanização (PNH) Humaniza SUS, traz como princípio o acolhimento com avaliação e classificação de risco como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede (BRASIL, 2009). O objetivo da presente pesquisa foi identificar a demanda do pronto atendimento 24 horas e a resolutividade ou falta dela aos que utilizam o serviço. **Desenvolvimento:** A pesquisa foi quantitativa, descritiva de campo. Foi realizada a partir de entrevistas com 153 atores sociais entrevistados entre os dias 20 até 28 de junho de 2013, nos turnos matutino e vespertino, de segunda a sábado. Os critérios de inclusão foram ser paciente atendido no pronto atendimento, de maior idade ou acompanhado por um responsável e em condições cognitivas e fisiológicas para responder as questões. Foi entrevistado um paciente a cada três buscas por atendimento. A análise dos dados foi efetuada a partir de planilha excel e referências teóricas consultadas. Foram obedecidos os preceitos éticos tendo o parecer do CEP aprovado 278764 Salientamos que os pacientes após terem sido orientados sobre a proposta, foram solicitados a participar do projeto, e a assinar o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). **Resultados e discussão:** Quando entrevistados os atores sociais (n.153) percebeu-se que 76% (36) destes não procuraram atendimento nas UBS antes de buscar por este no pronto Atendimento 24 horas e 24% procuraram os serviços na UBS antes de vir ao Pronto Atendimento. o estudo feito por Oliveira e Pinto et al (2011), que avalia a aceitabilidade das UBS, o conceito de saúde, ainda é, pela grande maioria usuária do SUS, visado ao modelo hospitalocêntrico e curativista. É necessária a participação da gestão para mudar esta visão, priorizar metas e ações de saúde local, garantindo ao usuário o apoio da UBS frente a sua necessidade. Isso desperta a população um “feedback” positivo, e uma construção efetiva de um novo e fortalecido modelo assistencial voltado para a

promoção da saúde. A faixa etária dos atores sociais pesquisados variou dos 11 anos a mais de 60 anos de idade, o que mostra grande variedade na procura pelos serviços de urgência e emergência e que a falta de instrução sobre o funcionamento do sistema de saúde em UBS passa de geração para geração, 4,63% dos atendimentos prestados no período da pesquisa, não foram classificados como urgência e emergência, as principais causas de procura são hipertensão (10) e cefaleia (14); quanto a relação da busca no último mês pelo serviço de emergência hospitalar, 2,77%(51) dos usuários não procuraram os serviços hospitalares no último mês e 33% frequentaram entre 1 a 6 vezes. Os dados apresentaram uma controvérsia a estudos anteriores, porém os que buscaram esse serviço afirmaram um número de frequência superior a 1 (uma) vez. Isso explica, segundo Hortale e Bitencourt (2009), que a superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar é de característica mundial, evidenciado por: tempo de espera para atendimento acima de uma hora; um alto grau de estresse na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos. Isso mostra um baixo desempenho do sistema de saúde, e a busca errônea dos usuários, tornando assim a assistência de baixa qualidade. **Conclusões:** A partir da análise de dados, pressupõe-se que a maioria dos usuários ainda desconhece situações em que devem ser procurados os serviços de saúde como os de urgência e emergência. É preciso criar ações educativas à população sobre o funcionamento do SUS, qual a sua porta de entrada e suas diretrizes de funcionamento. É preciso também, fomentar a conscientização de quando devem procurar o setor de emergência e evitar as filas desnecessárias. Tudo isso é bastante utópico ainda, mas uma intervenção se faz necessária frente ao que foi visto e vem sendo mostrado. O SUS é um sistema completo só precisa ser utilizado de forma correta.

**Palavras-chave:** Emergências; Assistência ao paciente; Pronto Atendimento.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar:** uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, v. 25, n. 7, p.1439-1454, 2009 .

GOLDIN, J. R. **Aspectos éticos do atendimento pré-hospitalar de urgência.** Porto Alegre, 2001. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/pre-hos.htm>>. Acesso em: 10 jun 2010.

MARQUES, A.J.S. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.p. 43.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador: Casa da Qualidade; 2001. p.167.

OLIVEIRA, M.L.F; SCOCHI, M.J. **Determinantes da utilização dos serviços de urgência /emergência em maringá (PR).** RevCiên, Cuidado e Saúde Maringá, v. 1, n. 1, p. 123-128, 2002.

OLIVEIRA,M.M. et al. **Avaliação de processo do programa Saúde da Família: a sustentação da aceitabilidade.** Ver Enfer e Saúde, v. 1 , n. 1, p. 14-23, 2011.

REHEM, T.C.M.S.B; EGRY, E.Y. **Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo.** Ciênc. saúde coletiva, v. 16, n. 12, 2011 .

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SIMONS, D. A.et al . **Adequação da demanda de crianças e adolescentes atendidos na Unidade de Emergência em Maceió.** Alagoas, Brasil.Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife, v. 10, n. 1, p.57-67, 2008.

TORRES, A.A.P; SANTANA, B.P. **Enfrentamento das emergências pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.** Rev Enferm e Saúde, v.1, n.1, 2009.

## ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

Greice Lessa

Mestre. Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN-UFSC). E-mail: greicelessa@hotmail.com

Valdete Meurer Kuehlkamp

Mestre. Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN-UFSC). E-mail: valdetemkguesser@hotmail.com

Alacoque Lorenzini Erdmann

Doutora. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN-UFSC). E-mail: alacoque.erdmann@ufsc.br

Selma Regina de Andrade

Doutora. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN-UFSC). E-mail: selma.regina@ufsc.br

### RESUMO

**Introdução:** Nas últimas décadas as políticas públicas têm se tornado um campo de pesquisa cada vez mais explorado e atraem a atenção de diversos grupos, dentre os quais gestores e pesquisadores. É um campo de pesquisa relativamente consolidado no exterior e, cada vez mais, também no Brasil. (SERA FIM E DIAS, 2012). A Análise de Políticas se preocupa com o processo de construção da política pública, principalmente no que se refere à definição da agenda, enfatizando aspectos como, por exemplo, os interesses dos atores que participam do jogo político, a interação entre eles, a arquitetura de poder e tomada de decisões, conflitos e negociações, etc. (SERA FIM E DIAS, 2012). Neste contexto, a análise de políticas de saúde vem se consolidando no Brasil com um conjunto de diferentes abordagens metodológicas. Este artigo se propõe a identificar, com base na literatura produzida, os principais conceitos e ferramentas frequentemente utilizados para Análise de Política, focalizando políticas públicas de saúde. **Desenvolvimento:** Trata-se de revisão narrativa, de caráter descritivo-discursivo, com abordagem qualitativa sobre análise de políticas de saúde com vistas à ampliação do conhecimento e aplicabilidade na enfermagem. Foram adotados como descritores Políticas de Saúde AND Políticas Públicas de Saúde AND Formulação de Políticas AND Análise, nos idiomas inglês, português e espanhol, sendo pesquisados nas bases de dados Medline, Lilacs, Pubmed, Bdenf. Para a base de dados do Pubmed foram utilizados os mesmos descritores, porém traduzidos para o inglês. A busca realizada localizou 474 artigos, dos quais 32 elegíveis para a extração dos dados. Aplicando-se os critérios de exclusão eliminou-se 27, sendo a pesquisa realizada com 05 artigos. Em relação à política analisada, identificou-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, a Política de saúde do Programa Bolsa Família, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a Política de Saúde Bucal. Dos cinco artigos selecionados, quatro apresentavam base conceitual sobre análise de política. O método utilizado na maioria dos artigos foi o ciclo de política, identificando-se também a análise de múltiplos fluxos e o referencial da antropologia. Como método de coleta de dados utilizaram: revisão bibliográfica, análise documental, entrevista e observação participante. Os autores

(PINTO E TEIXERA, 2011; TREVISANI, BURLANY E CONSTANTE, 2012) trouxeram como base conceitual, a análise dos passos que compõem a política: determinação da agenda, formulação e legitimação da política, implementação das políticas e avaliação de políticas, compreendendo os mecanismos e efeitos das políticas visando explicar como esses repercutem sobre decisões e processos, interferindo em escolhas de determinados conteúdos de políticas, em detrimento de outros. Outro ponto importante identificado nos artigos (FIGUEIREDO, NOGUEIRA-DA-SILVA E LEAL, 2012; RENDEIRO, 2011) é que as políticas devem ser compreendidas no contexto de sua execução e que a implementação da política pública diz respeito às pessoas que de fato a implementam, ela deve obedecer a rigorosos procedimentos metodológicos e científicos, que possibilitem avançar na produção do conhecimento e orientar as ações deste processo complexo que é a tomada de decisões do Estado. Neste estudo identificou-se que o método mais utilizado para análise de política foi o ciclo de política, (PINTO E TEIXERA, 2011; TREVISANI, BURLANY E CONSTANTE, 2012; RENDEIRO, 2011). Sendo que dois artigos utilizaram a abordagem de Kingdon (PINTO E TEIXERA, 2011; TREVISANI, BURLANY E CONSTANTE, 2012), o qual propõe que o processo de tomada de decisão nas políticas públicas poderia ser representado pela ligação de três grandes correntes dinâmicas: a corrente dos problemas, a das propostas ou alternativas e a da política. Para a enfermagem, conhecer as políticas públicas de saúde é de primordial importância, uma vez que toda a implementação das ações relacionadas ao cuidado individual e coletivo parte da proposta política estabelecida. De modo que são implementadas de acordo com o modelo médico vigente, que contemplam as necessidades da população de modo único, descaracterizando assim as peculiaridades de cada realidade da população (CORREA E FERRINANI, 2005). **Conclusões:** As produções sobre Análise de Políticas ainda são incipientes no Brasil. Os estudos desenvolvidos utilizam em sua maioria o método do ciclo de política como instrumento para analisar a política. A enfermagem precisa empoderar-se de conhecimentos acerca da temática estudada. Sugere-se a realização e publicação de novos estudos com maior rigor metodológico, buscando ampliar a gama de conhecimentos que fundamentem a análise de políticas e tomada de decisão.

**Palavras-chave:** Política; Análise; Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- CORRÊA, A.C.P; RERRIANI, M.G.C. A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. Rev. bras. enferm. vol.58 no.4 Brasília July/Aug. 2005.
- FIGUEIREDO, W.S; NOGUEIRA-DA-SILVA, G.S; LEAL, A.F. Charting the Brazilian Comprehensive Healthcare Policy for Men (PNAISH), from its formulation through to its implementation in local public health services. Ciênc. saúde coletiva. 2012.
- PINTO, I.C; TEIXEIRA, C.F. Formulação da política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. Cad. Saúde Pública 2011; 27(9): 777-1799.
- RENDEIRO, M.M.P. The cycle of oral health policy in the Brazilian health system: actors, institutions and ideas. 2011. P. 189.



SERAFIM, M.;DIAS, R.B. Análise de política: uma revisão da literatura. Cadernos Gestão Social, v.3, n.1, p.121-134, 2012.

TREVISIANI, J.D; BURLANDY, L.; CONSTANTE, J.P. Fluxos decisórios na formulação das condicionalidades de saúde do programa bolsa família / Decision-making fluxes related to counterpart healthcare condition's concept in the programa bolsa família. Saúde Soc; 21(2): 492-509, abr.-jun. 2012.

## **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: PARTICIPAÇÃO NA CONSOLIDAÇÃO A PARTIR DO ENSINO DA GRADUAÇÃO - PROGRAMA PRÓ-PET SAÚDE**

**Mônica Dal Pont Bonfanti**

Unidade Acadêmica da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense

**Beatriz Marques Farias**

Unidade Acadêmica da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense

**Luciane Bisognin Ceretta**

Unidade Acadêmica da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: luk@unesc.net

**Diogo Copetti Silveira**

Unidade Acadêmica da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense

**Mágada Tessmann Schwalm**

Unidade Acadêmica da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: mts@unesc.net

### **RESUMO**

O trabalho versa sobre as Redes de Atenção a saúde e a participação do ensino de graduação a partir dos programas PRÓ-PET saúde. Foi desenvolvido com revisão integrativa, durante os meses de novembro 2012 a janeiro 2013 por um grupo de preceptores e tutor do referido programa. Foram analisadas 35 obras (entre artigos e livros disponibilizados on line) e selecionados 9 para participar do estudo seguindo os critérios de inclusão. Os dados revelam que há possibilidade de participação do ensino de graduação a partir do programa PRÓ-PET saúde para implantação das redes, porem faz-se necessária a superação do paradigma ainda vigente na pratica profissional na saúde.

**Palavras-chave:** Assistência à Saúde; Educação superior; PRO-PET saúde.

### **ABSTRACT**

The work deals with the network of health care and participation of undergraduate teaching from PRÓ-PET health programs. It was developed with integrative review, during the months of November 2012 to January 2013 by a group of tutors and tutor of the program. We analyzed 35 works (including articles and books available online) and selected 9 to participate in the study following the inclusion criteria. The data reveal that there is a possibility of participation of undergraduate teaching program from Pro-health pet for network deployment, however it is necessary to overcome the current paradigm still in practice in health professional.

**Keywords:** Delivery of Health Care; Education Higher; PRÓ-PET saúde.

## INTRODUÇÃO

Segundo Lanzoni e Meirelles (2012) o trabalho em saúde vem sendo desenvolvido de forma coletiva, multiprofissional e em cooperação, no entanto, permeado por ações fragmentadas, em que cada área se responsabiliza por uma parte do cuidado ofertado. Assim, a interdependência entre os agentes envolvidos é evidenciada nesse processo, já que as relações e interações entre os membros da equipe de saúde e clientes são condições do cuidado humano.

Meirelles (2004) diz que temos redes sociais primárias, secundárias e intermediárias. Em uma rede social primária, cada pessoa é o centro de sua própria rede, que é formada por todas as relações significativas estabelecidas ao longo da vida: sendo composta por familiares, vizinhos, amigos, colegas de trabalho e organizações das quais participam: políticas, religiosas, socioculturais, entre outras.

Nas redes sociais secundárias estão os profissionais e trabalhadores de instituições públicas ou privadas e por organizações sociais, organizações não governamentais, grupos organizados, associações comunitárias e comunidade, que fornecem atenção especializada, orientação e informação, enquanto as redes sociais intermediárias, são compostas por pessoas que receberam capacitação especializada para atuar na prevenção e apoio, em determinadas ações. Elas são denominadas de promotoras, e podem vir do setor saúde, da educação ou da própria comunidade (MEIRELLES, 2004).

Goudbout (2008) apresenta as redes, como sistemas flexíveis, informais, em que a auto-regulação parece ser o modo de funcionamento.

É por meio do estabelecimento das relações entre os membros da equipe que o trabalhador desenvolve relações humanas sustentáveis, permitindo o estabelecimento de inter-relação entre atitudes e conhecimentos que proporcionam decisões tomadas em conjunto, aproximações incomuns e convívios entre diferentes (SOUSA; TERRA; ERDMANN, 2005).

Desta forma compreende-se, que o trabalho das equipes de saúde na Atenção Básica envolve vários participantes, que estão conectados e constituem teias estruturais que compõem e caracterizam interações, identificadas por um “emaranhado de redes inseridas em redes maiores” (CAPRA, 2004), as Redes de atenção à saúde.

Segundo Mendes (2010), as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, com vínculos entre si, com uma missão única, objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

“A expansão de Rede de Atenção à Saúde, impulsionada pelo processo de descentralização no Sistema Único de Saúde (SUS), vem operar mudanças na gestão e prestação de serviços no setor, transformando o mercado de trabalho em saúde” (WEIRICH et al, 2009).

Neste sentido, buscar-se-á a partir de revisão integrativa de Literatura identificar os desafios que o ensino de graduação tem no sentido de participar e auxiliar na consolidação das redes de atenção a saúde do SUS a partir do Programa Pró-pet saúde. A pergunta de pesquisa a ser respondida foi quais os limites e possibilidades do ensino de graduação em participar e auxiliar na consolidação da implantação e funcionamento das redes de atenção à saúde?

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008) para a identificação de produções sobre redes de atenção a saúde. Todas as etapas da Revisão foram alicerçadas em uma estrutura formal de trabalho que permitiu a inclusão simultânea de dados de literatura teórica e empírica, visando definição de conceitos, a revisão de teorias ou a análise metodológica dos estudos. Foram adotadas etapas indicadas para constituição da Revisão Integrativa da Literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra a partir das palavras chave: Atenção primária à saúde; Assistência Integral a saúde; Redes de Atenção a Saúde; Integralidade na Assistência. 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e semelhanças de forma clara a evidência encontrada. A busca pela literatura ocorreu nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde. Os critérios de inclusão adotados consideraram estudos disponíveis gratuitamente no formato completo, publicados no período entre janeiro 2004 e dezembro de 2012, nos idiomas português, espanhol e inglês, resultando em 35

artigos e/ou Livros. De posse de todos os estudos, foi excluída, de acordo com o protocolo, toda produção duplicada, cartas, editoriais e produção não relacionada com o escopo do estudo. Iniciou-se, assim, a leitura flutuante das publicações, e, considerando o critério de pertinência e consistência do conteúdo, foram selecionados 09 estudos completos para análise mais aprofundada, que respondiam à pergunta de pesquisa. Em concordância com o quarto item das etapas estabelecidas na Revisão Integrativa da Literatura, para a extração dos dados da amostra selecionada, foi construída uma tabela, contendo colunas discriminando as seguintes informações: autores, título do estudo, palavras-chave, ano de publicação, tipo de estudo e contribuições para a prática. Destaca-se que o processo analítico não foi pautado na frequência de citação dos estudos, foram agregados conforme a identificação de semelhanças e diferenças sobre o tema, compondo um achado que foi interpretado e sustentado com outras literaturas pertinentes a partir de quatro categorias citadas a seguir.

## RESULTADOS

Do processo de análise, emergiram quatro categorias: Breve historicidade das redes de atenção; A saúde fragmentada; Elementos que compõe as Redes de Atenção a Saúde; Consolidação das Redes de Atenção à saúde a partir do Ensino de graduação, conforme apresentada na tabela 1.

Tabela 1:

<b>Autores</b>	<b>Título do estudo</b>	<b>Palavras chave</b>	<b>Ano do estudo</b>	<b>Ano da publicação</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Contribuições para a prática</b>
Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Betina Hörner Schlindwein Meirelles	A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção	Enfermagem; Atenção primária à saúde; Equipe de assistência ao paciente; Relações Interpessoais; Relações interprofissionais	2001 a 2008	2012	Revisão Integrativa de Literatura	A rede de relações e interações vem avançando as fronteiras da unidade de saúde para agregar ao serviço, o cotidiano da comunidade e parcerias com outros segmentos e setores da sociedade, visando à maior aproximação com o usuário e seu contexto, e o ensino bem como fortalecer e qualificar a assistência à saúde
Eugênio Vilaça Mendes	As redes de atenção à saúde	Assistência integral à saúde, Transição	0	2010	Revisão de Literatura	Construção histórica das redes de atenção a saúde

Gastão Wagner de Sousa Campos	Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – diretrizes	Diretrizes para ensino médico	0	2007	Revisão Bibliográfica	Construção de diretrizes clínicas para o ensino médico na rede de atenção primária a saúde
Túlio Batista Franco, Helvécio Miranda Magalhães Júnior	Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado	Integralidade na assistência; Linhas de cuidado; Redes de cuidado	0	2004	Revisão Bibliográfica	Construção das Linhas de cuidado
Eugênio Vilaça Mendes	A modelagem das Redes de atenção a saúde	Redes de atenção a saúde	0	2007	Livro	Modelos de redes de cuidado
Silvio Fernandes da Silva	Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)	Redes de atenção à saúde, Regionalização, Assistência integral à saúde, Atenção primária à saúde, Sistema Único de Saúde	0	2011	Revisão	A integração da saúde, com constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção, é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde e tem grande importância na superação de lacunas assistenciais e racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis
Claci Fátima Weirich, Denize Bouttelet Munari, Silvana Martins Mishima, Ana Lúcia Queiroz Bezerra	O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde	Gestão em saúde. Enfermagem em saúde pública. Atenção primária à saúde	2006-2007	2009	Exploratória descritiva quantitativa	Uma das importantes interseções entre saúde e educação, diz respeito à adequação do ensino, conhecimentos produzidos e serviços prestados à população com base nas necessidades sociais
Eugenio Vilaca Mendes	As Redes de Atenção a Saúde	Redes de atenção a saúde	-	2011	Livro	Constituição e organização das redes de atenção a saúde- Nov modelo de assistência
Eugenio Vilaca Mendes	O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.	Atenção primária a saúde ESF Condições crônicas	-	2012	Livro	

Fonte: Dados do Pesquisador

## **Breve historicidade das redes de atenção a saúde**

Em 1966 Shortell et al, constituem um grupo pioneiro a discutir sobre redes de atenção à saúde nos Estados Unidos. Para eles, os sistemas integrados de prestação de serviços de saúde caracterizam-se por foco nas necessidades de saúde da população; coordenação e integração do cuidado através de um continuum; sistemas de informação que ligam consumidores, prestadores e pagadores de serviços através do continuum de cuidados; informação sobre custos, qualidade e satisfação dos usuários; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores, profissionais de saúde para alcançarem objetivos; e contínua melhoria dos serviços prestados (in Mendes 2007).

Mendes (2007) relata que suas considerações são fixadas em 1977 quando fala nas alianças estratégicas como enfoque organizacional para concretizar a integração vertical dos sistemas de saúde. Acredita que as organizações de saúde funcionam como não -sistemas, onde os médicos, os hospitais e as seguradoras agem de forma independente, com diferentes objetivos e incentivos

Mendes (2007) cita ainda Carr-Hill, Place e Posnet que em 1997, examinam as relações entre o acesso dos pacientes e a utilização dos serviços de saúde, o que é importante num ambiente de concentração dos serviços em busca de economias de escala e escopo. Boelenem 2000 descreve um projeto da Organização Mundial da Saúde denominado de Projeto TUFH (Towards Unity for Health) cujo objetivo principal é integrar as ações de assistência à saúde com as ações de saúde pública.

A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2000), através do relatório anual sobre a saúde do mundo, propõe critérios para o desenho das redes de atenção à saúde, ainda que não mencione especificamente a palavra rede, mas integração do sistema (MENDES, 2007).

Em 2002, Posnett trata das questões hospitalares onde discute o mote do tamanho hospitalar ótimo, que é função de uma interação entre o acesso dos pacientes, as economias de escala e as relações entre volume e qualidade dos serviços prestados. A Organização Mundial da Saúde em 2003 propõe, em um texto o modelo de atenção denominado de cuidados inovadores para as condições crônicas. O documento básico é para entender os fundamentos das redes de atenção à saúde porque ele introduz uma visão nova de tipificação das enfermidades, diferente da clássica divisão entre doenças transmissíveis e não transmissíveis, ao propor os

conceitos de condições crônicas e condições agudas. Esta nova tipologia se presta melhor que a clássica, mais conhecida, para a organização dos sistemas de saúde e, especialmente, para a construção de redes de atenção à saúde (in Mendes 2007).

Mendes (2007) menciona ainda que em 2006 Sing e Hamjá consideram, os modelos de atenção à saúde, mencionando que no Reino Unido seis em cada dez adultos apresentam uma doença crônica que exige cuidados de longa duração e que não pode ser curada. Essas pessoas, freqüentemente, apresentam mais de uma condição ou doença, o que torna a atenção mais complexa; 80% dos atendimentos na atenção primária à saúde são por doenças crônicas e 2/3 das internações nos hospitais do Reino Unido são causadas por essas doenças.

Mendes (2011) diz ainda que o Instituto Nacional de Câncer em 2006 sugeriu uma atenção em redes para as doenças oncológicas, estruturando-se linhas de cuidado que integrem as atenções primária, secundária e terciária. Fleury e Ouverney em 2007 lançaram um livro sobre a gestão de redes em que tratam dos fundamentos conceituais sobre o tema e exploram, em profundidade, as estratégias de regionalização e os padrões de governança do SUS.

Nos últimos anos, segundo Mendes (2011), as experiências de RASs têm acontecido em diversos estados brasileiros, em geral sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde e sob a forma de redes temáticas: Bahia, Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina e outros. Vários municípios, com a coordenação das Secretarias Municipais de Saúde, têm implantado RASs: Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba, Diadema, Florianópolis, Guarulhos, Joinville, Rio de Janeiro, São Paulo, municípios da Região de Campinas e muitos outros. A conjunção desses movimentos e de outras iniciativas propiciou que se consensasse, na Comissão Intergestores Tripartite, um posicionamento do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS, sobre RASs que está materializado na Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

### **A saúde fragmentada**

Mendes (2010) realiza uma rápida análise dos sistemas de atenção à saúde, numa perspectiva internacional, mostra que eles são dominados pelos



sistemas fragmentados, voltados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas.

Conceitualmente, refere que os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e que não se comunicam uns com os outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. (MENDES, 2010)

Segundo Mendes (2010), em geral, não há uma população adscrita de responsabilização, o que impossibilita a gestão baseada na população. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio. Nesses sistemas, a atenção primária à saúde não pode exercer seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado.

Os sistemas fragmentados caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos (FERNANDEZ, 2004).

Domingues (2007) menciona que os sistemas fragmentados têm sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo. Tome-se o exemplo brasileiro. Uma pesquisa da Fiocruz da Bahia e da Unifesp mediram a hemoglobina glicada de 6.700 portadores de diabetes em 22 centros clínicos brasileiros, evidenciou que o nível glicêmico só estava controlado (valor igual ou inferior a 7%) em 10% dos portadores de diabetes tipo 1 e em 25% dos portadores de diabetes tipo 2. Além disso, verificou que 45% dos examinados apresentavam sinais de retinopatias, 44%, de neuropatias e 16%, de alterações renais

Chama a atenção de Mendes (2009) que, em dois países muito diferentes, os resultados dos desfechos clínicos do diabetes são muito negativos, sendo que o Brasil tem um gasto per capita anual de US\$ 427,00 e os Estados Unidos, de US \$ 6.719,00, o que sinaliza que o problema do manejo das condições crônicas não está no volume de recursos despendidos, mas na forma como se organizam os sistemas de atenção à saúde. (MENDES, 2010).

As Redes de Atenção a saúde transitam do sistema fragmentado de atenção a saúde para sistema integral a saúde, passando na organização da hierarquia para poliarquia, a coordenação da equipe e comunicação entre os componentes inexistem no sistema fragmentado enquanto nas redes acontece na Atenção Primária a Saúde (APS), e a comunicação é realizada por sistemas logísticos eficazes. Com relação ao foco, no sistema fragmentado é direcionado às condições agudas e nos prontos atendimentos enquanto nas redes o direcionamento se faz às situações agudas e crônicas a partir das RAS (Redes de Assistência a Saúde) (MENDES, 2011).

Para Mendes (2011), o problema central dos sistemas de atenção a saúde no mundo toda está na incoerência entre a situação de saúde de transição epidemiológica e uma reposta social inscrita neste sistema fragmentado de atenção a saúde voltados para as condições agudas e eventos agudos das condições crônicas.

### **Elementos que compõem as Redes de Atenção a Saúde**

Para Mendes (2011), a razão de ser das Redes de Atenção a saúde é a sua população. Aquela população delimitada sob sua responsabilidade sanitária e econômica, que vive em território singular, organiza-se socialmente em famílias e cadastrada e registrada em subpopulações por risco sócio-sanitário. Cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada, socialmente, em famílias.

O segundo elemento constitutivo das Redes de Atenção a saúde é a estrutura operacional e o terceiro é o modelo de atenção a saúde. Quanto à estrutura operacional das RASs compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Os três primeiros

correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. (MENDES, 2011)

O modelo de atenção a saúde para as RASs, segundo Mendes (2011), é um sistema lógico que organiza o funcionamento destas redes, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

A implantação das RASs, para provocar uma mudança radical no SUS, exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas. Essas condições, ainda que convocando modelos de atenção à saúde distintos, são como faces de uma mesma moeda. Para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas, há que se implantar as redes de atenção às urgências e às emergências. Contudo, para que essa rede funcione de forma efetiva, eficiente e humanizada, há que se distribuir, equilibradamente, por todos os seus pontos de atenção à saúde, as pessoas usuárias, segundo seus riscos (MENDES, 2011).

Mendes (2011) afirma que as diferenças entre as redes de atenção às condições crônicas e às condições agudas, estão no papel da APS e na forma de regulação. Nas redes de atenção às condições crônicas a APS é um ponto de atenção à saúde e constitui, também, o centro de comunicação das RASs, exercitando a função de regulação dessas redes. Mendes (2011) diz ainda que as decisões clínicas devam ser tomadas com base em diretrizes clínicas construídas a partir de evidências científicas. As diretrizes clínicas necessitam de ser discutidas com as pessoas usuárias de forma que possam compreender melhor a atenção à saúde prestada.

### **Consolidação das Redes de Atenção a saúde a partir do Ensino de graduação**

Campos (2007) lembra que nenhum profissional conseguiria ter um acúmulo de conhecimentos e habilidades práticas suficiente para cumprir simultaneamente três funções: acolhimento, clínica ampliada e saúde coletiva e que a fragmentação da atenção básica em diversas especialidades ou profissões, não

buscando formas integradas para a atuação, tem se demonstrando como sendo um modelo inadequado.

Migrar o ensino para a APS ou para Redes de Atenção a saúde não significa automaticamente migrar o ensino para um paradigma novo. Frequentemente a APS reproduz, em condições limitadas, o mesmo modelo de atenção à saúde dos serviços especializados. A Abordagem Integral depende da reformulação do paradigma tradicional denominado de biomédico. Há uma recomendação curricular genérica de que a formação em saúde busque uma variação de cenários para o ensino prático. Na mesma linha recomenda-se a inserção do aluno desde o início do curso em atividades práticas. Além disso, se na rede básica se espera sejam resolvidos 80% dos problemas de saúde da população, se aceitamos que as intervenções no território são de grande complexidade, e se ainda acrescentamos a isso que grande parte da população brasileira vive na pobreza, teremos claras evidências técnicas e éticas de que nossas escolas das áreas de saúde devem formar um profissional competente para intervir nessa realidade. Nesse sentido, a rede básica é um campo de práticas potencial e necessário, no qual os vários cursos de formação de profissionais de saúde deverão inserir seus alunos (CAMPOS, 2007).

Recomenda-se que as Escolas elaborem projetos de integração docente-assistencial com as Secretarias Municipais, definindo com clareza os vários componentes dessa relação. Por um lado, é importante assegurar espaço para os alunos: definição de distritos, serviços e equipes onde ocorrerão os estágios; por outro, é fundamental assegurar reciprocidade; ou seja, compromisso da Escola, representada por alunos e docentes, com o respeito às diretrizes políticas sanitárias adotadas, bem como com a qualidade da atenção. (MENDES, 2011)

O Governo Federal vem implementando políticas de inclusão social que têm expressões concretas nas áreas sociais, especialmente na Saúde e na Educação. Na área de Saúde há um consistente esforço para a substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar (BRASIL, 2010).

Neste sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação (MEC), e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), instituíram o Programa Nacional

de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O objetivo do programa é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população (BRASIL, 2010).

## DISCUSSÃO

Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema, expresso por uma “associação fina da técnica e da política”, para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança (BRASIL, 2010).

Experiências têm demonstrado que a organização de RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, sendo apontadas como mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010).

No Brasil, o debate em torno da busca por maior integração adquiriu nova ênfase a partir do Pacto pela Saúde, que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de redes como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, se efetivando em três dimensões: pacto pela vida, pacto pela defesa do SUS e pacto pela gestão (BRASIL, 2010).

O MS (BRASIL, 2010) propõe como estratégia de fortalecimento da política de gestão do trabalho e da educação na saúde nas RAS, ampliar o Pró-saúde /PET SAÚDE para todas as instituições de ensino superior visando a mudança curricular e a formação de profissionais com perfil voltado às necessidades de saúde da população, com o objetivo de fazer com que haja aproximação e formação no

ensino/serviço e mudança de paradigma dos futuros profissionais que atuarão no SUS.

## CONCLUSÃO

As RASs são sem dúvida a grande possibilidade da integralização da assistência e do trabalho transdisciplinar. Há, no entanto, que se superar o paradigma biologicista e médico cêntrico ainda estabelecido nas práticas profissionais, mesmo que no discurso não seja assim.

Percebe-se um forte consenso no discurso, mas um dissenso no cotidiano da prática. Ensina-se a interdisciplinaridade, mas aplicam-se há multiprofissionalidade quando muito. Continua percebendo-se centralidade em categorias profissionais e não sujeito da assistência.

O desafio das Universidades nos cursos de saúde é sem dúvida este, desenvolver olhar crítico e prática coerente dos acadêmicos, futuros profissionais da saúde, para a superação do discurso e transposição para a prática.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Gestão do trabalho e Educação na saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró – Saúde)**.2010.

CAMPOS, G.W.S. Papel Da Rede De Atenção Básica Em Saúde Na Formação Médica – Diretrizes. **Cadernos ABEN**. V.3. Out 2007.

CAPRA, F. A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 9a ed. São Paulo: Cultrix; 2004.

DOMINGUEZ, B.C. Controle é baixo no Brasil. RADIS. v.59, n.11, 2007.

FERNANDEZ, J.M.D. Los sistemas integrados de salud:un modelo para avanzar tras completar las transferencias. Barcelona: B & F Gestión y Salud; 2004.

GODBOUT, J. Digressão sobre as redes e os aparelhos. In: **Fontes B, Martins PH, editores**. Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. 2a ed. Recife: Universitária da UFPE; 2008.

LANZONI, G.M.M., MEIRELLES, B.H.S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e implicações para a enfermagem. **Acta Paul Enferm**. v.25, n.3, p.464-70, 2012.

MEIRELLES, B.H. Redes sociais em saúde: desafio para uma nova prática em saúde e Enfermagem [tese]. **Florianópolis**: Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem; 2004.

MENDES, E.V. As Redes de atenção a Saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, K.D; SILVEIRA, R.C; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enferm.** v.17, n.4, p. 758-64, 2008.

SOUSA, F.G; TERRA, M.G, ERDMANN, A.L. Health services organization according to the intersectoral perspective: a review. **Online Braz J Nurs.** [Internet]. 2005 [cited 2007 Sep 2]; 4(3). Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/44/17>.

WEIRICH, C.F.; et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.2, p 249-57, Abr-Jun 2009.

## **O PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR: UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE PARA ASSISTÊNCIA DO INFANTE MENOR DE SEIS ANOS NO RIO GRANDE DO SUL**

**Marli Marlene Moraes da Costa**

Pós-doutora em Direito pela Universidade de Burgos/Espanha, com bolsa CAPES. Coordenadora do Grupo de Estudos "Direito, Cidadania e Políticas Públicas" da UNISC. Professora da Graduação em Direito na FEMA - Fundação Educacional Machado de Assis de Santa Rosa. Psicóloga com especialização em terapia familiar. Email: marlicosta15@yahoo.com.br

**Cleidiane Sanmartim**

Mestranda em Direito com Bolsa Capes/Prosup pelo PPGD – UNISC. Bacharel em Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Integrante do grupo de pesquisa: "Direito, Cidadania e Políticas Públicas", Bolsista de Iniciação Científica PUIC E-mail: cleidisan@hotmail.com

### **RESUMO**

Pretende-se com este artigo analisar o papel exercido pelas políticas públicas existentes no âmbito do direito da criança e adolescente e a busca do empenho entre a corresponsabilidade da família, do Estado e da sociedade. Ademais, essa função torna-se fundamental, pois nesse contexto é que se reconhece o que cabe a cada uma dessas instituições, qual o papel de proteger e como colocar em prática todos os seus direitos arduamente obtidos, efetivando assim a Doutrina da Proteção Integral das crianças e adolescentes, embora esta se encontre em condição peculiar de desenvolvimento. Desta maneira se torna necessário vislumbrar algumas das políticas públicas existentes, com o intuito de efetivar os direitos fundamentais infanto-juvenis, dando ênfase ao PIM (Programa Primeira Infância Melhor), criado no Rio Grande do Sul em 2003, e que até hoje é implementado e traz resultados satisfatórios para a promoção dos direitos dos infantes. Além disso, também se almeja contribuir para as discussões que permeiam esta matéria, auxiliando na construção de um futuro digno para que a sociedade ainda possa orgulhar-se do tratamento extensivo direcionado aos mesmos.

**Palavras-chave:** Criança; Adolescente; Proteção Integral; Políticas Públicas; Programa Primeira Infância Melhor.

### **ABSTRACT**

The aim of this article is to analyze the role played by existing public policies within the right of children and adolescents, and search effort between the responsibility of the family, the state and society . Moreover , this function becomes critical because in this context is that it recognizes that it is up to each of these institutions , what role to protect and how to put into practice all your hard rights obtained , thus effecting the Doctrine of Integral Protection children and adolescents , although this is in a peculiar condition of development. Thus it becomes necessary to glimpse some of the existing public policies , in order to give effect to the fundamental rights of children and youth , emphasizing the PIM ( Best Early Childhood Program ) , created in Rio Grande do Sul in 2003 , and today is implemented and brings good results in promoting the rights of infants . Furthermore , it also aims to contribute to the discussions that pervade this



area , helping to build a decent future for that society can still be proud of the extensive treatment given to them.

**Keywords:** Child; Teen; Full Protection; Public Policy; Best Early Childhood Program;

## INTRODUÇÃO

A dinâmica da sociedade atual implica na necessidade de evolução constante da ciência jurídica. Quando falamos dos direitos dos infantes, devemos fazer um passeio pela história sobre os direitos e deveres dos mesmos.

Muito embora seja difícil, mas não impossível, podemos deixar para trás tudo o que nos indignava, e seguir em frente com novos modelos de convivência e responsabilidades, mesmo que nessas páginas encontre-se passados amargos e obscuros, de uma época não tão feliz, é refletindo sobre este passado que construiremos nosso futuro, com base em novos paradigmas sociais, políticos e econômicos, não esquecendo, porém, que toda essa gama de novas possibilidades devem ser pensadas e implementadas de forma a garantir a dignidade da pessoa humana.

Outro aspecto importante é não desconsiderar os avanços, a fim de evitar um retrocesso, não podemos ignorar tudo aquilo que tão arduamente se conquistou objetivando evoluir, como o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. Não devemos estagnar ou retroceder em nossas conquistas, muito pelo contrário, devemos ter presente que as sérias dificuldades enfrentadas pelo Brasil com a questão das garantias para os infantes, já avançamos de forma significativa, porém uma grande parcela da população brasileira acredita que dar tantos direitos para um adolescente ou à uma criança, gera problemas sociais no futuro, esperando que eles recebam mais do que devem contribuir. Embora este pensamento seja equivocado, isso demonstra que estamos trabalhando num campo de difícil entendimento, devido a cultura arraigada de escravidão que tivemos, além da alienação de muitas famílias sobre os reais problemas à que a infância é submetida.

Assim sendo, o presente estudo vislumbra a evolução da Saúde no Brasil, e as políticas públicas de garantia aos direitos da criança e do adolescente, analisando-se um Programa do governo do Estado do Rio Grande do Sul, que visa a efetivação dos direitos da criança, valorizando dessa forma seu desenvolvimento sadio, com base na doutrina da proteção integral e no princípio da

prioridade absoluta elencados na lei 8.069/90. Uma política pública que busca transformar a realidade infantil brasileira, que beneficia crianças de zero a seis anos, garantindo a satisfação dos direitos na Primeira Infância, intitulado de PIM (Programa Primeira Infância Melhor).

Portanto, faz-se aqui uma análise interdisciplinar necessária que vislumbre a realidade das Políticas Públicas inovadoras que surgiram no Sul de nosso país, bem como uma breve análise das conquistas dos direitos das crianças e adolescentes no Brasil.

### **A evolução da história dos Direitos da Criança e do Adolescente frente a Legislação Nacional**

A história das crianças e adolescentes data de longo período, mas o interesse por sua efetivação e a necessidade de se pontuar direitos protecionais para os infantes, bem como a abominação que hoje se vê de forma globalizada veio a ter seu início no contexto brasileiro apenas na década de 70 e a partir deste momento é que se passou a vislumbrar com mais veemência a discussão pontual sobre esta problemática. Porém, mesmo que de forma tímida, ainda se busca compreender como e porque tais fatos aconteceram e continuam a acontecer (VERONESE; COSTA, 2006, p.46).

Desse modo, tal preocupação em busca da efetivação dos direitos desses infantes acaba por ser uma vitória conquistada a doses ínfimas visto que antes do século XVII, o infante era totalmente desprovido de significância, passando a ser percebido só a partir do momento em que alcançava o status de adulto, passagem essa que se dava de maneira brusca e precoce (VERONESE, 2003, p.423).

De acordo com Schneider e Ramires é possível vislumbrar uma breve retomada de nossa história frente à luta pela efetivação dos direitos atribuídos aos infantes, que por muito tempo foi suprimida frente a uma visão política assistencialista. A primeira delas, conhecida como a Doutrina do Direito Penal do Menor, inspirava-se nos Códigos Penais de 1830 e 1890 (SCHNEIDER; RAMIREZ, 2007, p.19).

Como prova de uma preocupação recente com a criança e o adolescente, podemos afirmar que o termo criança trata-se de uma palavra contemporânea, inovadora e atual, uma vez que as conquistas são construídas a passos lentos que um dia chegam em seu ápice. Antes do século XVII, os infantes eram tidos sem

significância, sendo percebidos apenas quando chegavam a idade adulta, momento esse que se dava de maneira brusca e precoce (VERONESE, 2003).

Cabe salientar que as palavras criança e adolescente surgiram apenas em 1830, no período imperial Brasileiro, que tinham o significado de cria da mulher para as crianças, e Adolescente era um termo pouco usado, denominando os que tinham de 14 a 25 anos atrelados à conquista da maturidade (MAUAD, 2004, p.140).

Um pouco antes disso, em 1726 surgiu a primeira Roda dos Expostos que servia para ali deixar as crianças frutos de relações de adultério ou rejeitadas por seus familiares que ficavam a espera da adoção temporária, na cidade de Salvador. Em 1738, foi à vez do Rio de Janeiro e, posteriormente, em 1789, construíram a de Recife (CUSTÓDIO; VERONESE, 2007).

Como marco da legislação voltada às crianças e adolescentes, em 1919 foi proclamado na Argentina a Lei Agote, e a partir daí que na América Latina iniciou-se a criação de legislação específica para menores, voltada para proteção da infância e juventude (SALIBA, 2006).

Considera-se esta a fase expressiva da nova forma de entendimento da criança e do adolescente, incorporando os mesmos em nossa legislação, nascendo em 1923 o pioneiro Juízo de menores no Brasil e posteriormente em 1927 a aprovação do Código de Menores ou Código de Mello Mattos, que surge com uma nova ideologia, alterando alguns dispositivos e inovando em outros, uma vez que estabelece a menoridade de dezoito anos, e iniciando uma regulamentação para o trabalho infantil (CUSTÓDIO; VERONESE, 2007).

Nas Constituições de 1934 e 1946, a proteção à infância foi vislumbrada, enfatizando a regulamentação do trabalho infantil, e corroborando a ideia de que todos devem desfrutar do direito à educação, sem distinção, racial, social ou econômica.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº. 8.069 de 13 de julho de 1990) surge com uma nova perspectiva de proteção integral da Criança e Adolescente, começando pela distinção entre os dois, caracterizando o primeiro como um ser que tem de zero até doze anos incompletos e o segundo – adolescente- se encontra na faixa etária de doze a dezoito anos de idade incompletos (VERONESE, 1999).

Na subsequência tem-se a consagração da Doutrina Jurídica da Situação Irregular, como um princípio, advindo do Código de Menores de 1979 e fundado na proteção do menor abandonado e do menor infrator.

No entanto, no ano de 1948, através da Declaração Universal dos Direitos Humanos, das Nações Unidas, houve um programa protecional de destaque para as crianças, qual seja a postulação da necessidade de se conceder a elas, “direito a cuidados e assistências especiais”.

Continuando com as evoluções em 1959, foi o momento em que houve a aprovação da Declaração Universal dos Direitos da Criança (UNICEF, 1959) e ela apresentou um segundo princípio onde era destacada a proteção especial visando à oportunidade de se desenvolver de forma saudável e em condições livres e dignas. Destaca-se, ainda, que os direitos estabelecidos nas declarações são utilizados como forma de princípios, não representando obrigações para os Estados, resultado este que é diverso do obtido com as Convenções, que estabelecem políticas legislativas a serem adotadas pelos Estados que dela fazem parte (SCHNEIDER; RAMIREZ, 2007).

Saliente-se que na pesquisa histórica é possível vislumbrar uma marcante evolução dos direitos da criança e do adolescente.

Conforme assentam Veronese e Costa, ao apresentarem que no Brasil Colônia, as crianças indígenas acostumadas com carinhos dos pais acabaram por conhecer, de forma brutal, a raiva dos que aqui chegavam com o ímpeto de mandar e de apossar-se de tudo, inclusive do próprio povo nativo, que frente aos castigos, que lhes eram impostos de maneira física, acabaram se negando a continuar com a prestação de seus trabalhos escravos em prol dos exploradores.

Assim, com a falta de mão de obra escrava dos indígenas, adveio a necessidade de trazer negros ao país, os quais se submetiam a tal imposição de trabalho escravo, até pela própria condição de miserabilidade extrema em que se encontravam quando aqui chegavam. Ademais, é sabido que em Portugal também se retrata, na mesma época, a utilização de castigos físicos às crianças, em níveis com superioridade de crueldade, àqueles impostos aos adultos (VERONESE; COSTA, 2006).

No ano de 1989, foi aprovada por unanimidade a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, em sessão de 20 de novembro da Assembleia Geral das Nações Unidas, aprovação esta que só foi possível, após a árdua união de 43 países-membros da Comissão de Direitos Humanos, demonstrando-se com isso, novos avanços. O Brasil ratificou esta Convenção em 24 de setembro de 1990 por intermédio do Decreto nº. 99.710 (SCHNEIDER; RAMIREZ, 2007).

Já no que diz respeito a termos constitucionais, somente a partir da atual Constituição Federal os infantes passam a contar com uma inserção legislativa mais contundente, de forma que vários dispositivos legais demonstram a preocupação com a efetivação da criança e do adolescente, no sentido de que os mesmos passem a ter o direito de serem ouvidas, cuidadas e protegidas, como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, tal qual o postulado no princípio da prioridade absoluta. Pode-se apresentar como coroamento do postulado acima a inclusão do artigo 227<sup>1</sup> na nossa Carta Magna e, ainda, outra legislação especial, de igual ou até superior relevância, no que tange à proteção dos infantes, uma vez que é uma lei especial a esta clientela, qual seja, a Lei nº. 8.069 de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, que fora elaborado com o intuito de assegurar de maneira veemente e firme a defesa dos direitos também assegurados na Constituição Federal (VERONESE; COSTA, 2006).

### **A breve evolução da Saúde no Brasil**

Até a década de 80, a saúde no Brasil era uma marca de desigualdade e diferenciação, após a criação das Caixas de Assistência e Previdência, dando limites a esse direito do cidadão, pois apenas os segurados previdenciários é que tinham atendimento médico, bem como seus dependentes, restringindo este atendimento apenas à minoria que estava inserida no mercado de trabalho.

Esta realidade começou a mudar a passos lentos, primeiramente com a criação pelo Governo do FUNRURAL (Fundo de Assistência Rural), o PPA (Plano de Pronta Ação), o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) e a AIS (Ações integradas de Saúde), incorporando a população rural, a população independente de vínculo previdenciário, expandindo a cobertura de atenção básica à saúde e ampliando a cobertura dos Serviços de Assistência médico-hospitalar à toda a população, sem exceções.

---

<sup>1</sup>Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. IN: BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado, 1988.

A partir daí, com a unificação da previdência em 1966, a responsabilidade pela Saúde da população, passou a ser da União. Com esta mudança, a autora Maria Inês Ferreira de Miranda destaca:

Em 1962, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), “o país dispunha de 236.930 leitos hospitalares, sendo que 40% eram públicos e 60% privados. Em 1976, dos 462,9 mil leitos existente, 27% eram públicos e 73% privados. Já em 1986, a participação dos leitos públicos cai para 22%, enquanto os privados passam a responder por 78% da capacidade instalada (MIRANDA, 2001, p.19).

Avista-se assim, uma distribuição desproporcional de leitos, nos hospitais, além da diminuição deles para o setor público, deixando a população desamparada, sem conseguir atendimento adequado, por falta de vagas nos hospitais.

Após esta fase, veio a crise econômica de 80, que prejudicou vários setores, e principalmente o da Saúde pública. Surge o Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, o COONASP, criado em 1982, mas que não deu muito certo, embora tenha transformado algumas das políticas existentes como a AIS e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que expandiu e descentralizou os sistemas públicos de saúde municipais e estaduais (BARROS, 1996).

Ainda em 1986, houve movimento pela Reforma Sanitária, buscando reconhecimento da saúde como direito universal, acesso à toda população, entre outras reivindicações. Foi na Assembléia Nacional Constituinte que se garantiu a inclusão das reivindicações da Reforma Sanitária na Constituição de 1988, transformando não só a saúde em direito de todos como também uma nova organização estatal da área.

Quase que concomitantemente, criou-se a lei nº 8.080/90 para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, sobre as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais do SUS (Sistema Único de Saúde), criando também a Lei nº 8.142/90, que veio para garantir a participação da comunidade na gestão do SUS entre outras finalidades.

Sendo assim,

[...] a implantação da Reforma se mostrou, de fato, como um processo de formulação da política de saúde, cujo resultado será a consolidação de um sistema hídrico – público e privado -, apesar a definição legal de um sistema único, público, universal e gratuito (MENICUCCI, 2007, p.305).

Analizada a história da Saúde no Brasil, agora se pode chegar ao que se entende por Políticas Públicas e como estão sendo aplicadas.

### **Políticas Públicas de efetivação dos direitos da criança e do adolescente**

Nosso país está em crescimento e em constante busca de crescimento, porém com um sistema precário e deficiente que não consegue cumprir de forma integral o que nossa carta magna nos traz como direitos. Essa realidade fez com que o Estado ao se deparar com problemas que o SUS não consegue comportar nem solucionar e com a falta das atenções básicas, buscasse encontrar uma solução eficaz, neste contexto, surge a proposta de implementação da(s) política(s) pública(s). As políticas públicas são desenvolvidas pela União, Estado ou Município e é composta por uma ação, metas e planos que os governos delineiam para obter o bem-estar da sociedade e o interesse público de maneira bem específica ela visa solucionar um problema detectado na sociedade, que de modo direcionado irá resolvê-lo. Ao formulador de Políticas Públicas caberá ter a percepção e compreensão a fim de que consiga escolher as mais distintas demandas (LOPES; AMARAL; CALDAS, 2008).

A responsabilidade da família, da sociedade juntamente com o Estado é algo indiscutível, mas é primordialmente na instituição familiar que se concentra a maior carga, pois é nela que se estabelece a base de formação inicial do infante, pois é neste meio que ele receberá subsídios e influências para o seu desenvolvimento psicológico, cultural e social (COSTA; CASSOL, 2007).

Ressalta-se que a instituição família é onde deve ter início qualquer tipo de política social que vise proteger e garantir os direitos dos infantes dentro e fora do ambiente familiar, com isso a política de assistência social que possui força constitucional e é regulamentada por Lei Orgânica da Assistência Social não se realiza de forma eficaz, pois o Estado deve tornar viável sua implantação e se preocupar para habilitar pessoal para atuar nestas atividades (VERONESE; COSTA, 2006).

Além disso, deve-se ter um enorme cuidado com o que está disposto no Artigo 4º, parágrafo único, alínea “c”, do referido Estatuto que dá prioridade na hora de formular e executar as políticas sociais públicas direcionadas a esta clientela. Com esse auxílio de prioridade absoluta que o ECA estabelece a todas as matérias referentes aos direitos das crianças e dos adolescentes, cabe a nós fomentar a utilização destes princípios.

Eis que se depara com um momento diferenciado na história dos infantes no Brasil onde se vê com maior nitidez a violência praticada contra os menores no decorrer de séculos, primeiramente pelo abandono, desrespeito e falta de consideração, visto que eram tratados como meros objetos.

Deste modo, os tratamentos abusivos do passado em relação às crianças e adolescentes ocorrem com menor frequência atualmente, uma vez que surge neste contexto legislação apropriada, direção pública e ainda políticas sociais eficazes. Esta mudança é resultado do reconhecimento dos infantes como sujeitos de direitos, que nesta condição serão capazes de no futuro, com uma visão humanizada e capacitada, criarem seus filhos longe das punições e rodeados de encantos (MAUAD, 2004).

No Rio Grande do Sul, encontra-se uma vasta lista de entidades que contribuem no auxílio e efetivação dos direitos dos infantes dentre elas destaca-se a ACBERGS - ASSOCIAÇÃO DAS CRECHES DO RIO GRANDE DO SUL, que é uma entidade civil de caráter assistencial e cultural, sem fins lucrativos, que presta assessoramento a entidades ou a associações entre elas creches, que funcionam para amparo e sustento de menores carentes (ACBERGS, 2000?).

Além disso, existe o CEDICA - Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, que é um órgão público, normativo, deliberativo e controlador das políticas e das ações estaduais voltadas para os direitos da infância e juventude, sendo que suas atribuições são formular, acompanhar e controlar a política estadual de atendimento aos direitos da criança e do adolescente definindo prioridades, editando normas gerais, observando as diretrizes estabelecidas nos artigos 87 e 88 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90) que visa

Apoiar os Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), bem como os órgãos governamentais e as entidades não-governamentais, objetivando a efetivação das normas, princípios e diretrizes estabelecidas no Estatuto da Criança e do Adolescente e gerir o Fundo Estadual para a Criança e o Adolescente fixando critérios para a captação de recursos e aplicação dos mesmos, composta por Entidades não governamentais eleitas (CEDICA, 2001?).

Atualmente temos 494 Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, 397 Conselhos Tutelares e Fundos da Criança e do Adolescente cadastrados no CEDICA (2001?).

No mesmo sentido, ainda inclui-se o CEDEDICA - Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, uma associação civil sem fins lucrativos e



econômicos, constituído em 18 de fevereiro de 1998, com sua sede e foro na cidade de Santo Ângelo – RS. Este órgão apoia à formação dos operadores na execução das medidas socioeducativas em geral realizadas pelos Centros de Referência de Assistência Social (CREAS), e também é responsável pela coordenação da Unidade de Semiliberdade<sup>1</sup> desta cidade, uma vez que possui um convênio com a FASE/RS e, além disso, concretiza ações voltadas para a proteção integral à criança e ao adolescente (CEDEDICA, 2002?).

Como seus princípios utilizam o “respeito e valorização do ser humano, a ética e a transparência nas relações, bem como fomenta atitudes inovadoras, responsabilidade social e compromisso com a obtenção de resultados” (CEDEDICA, 2002?).

Encontramos também o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente que tem a proposta de articular e integrar as esferas públicas governamentais com a sociedade civil, aplicando organismos normativos e fazendo funcionar os meios que promovam, defenda e ou controlem atos que efetivem os direitos realçados no Estatuto da Criança e do Adolescente (SEDH, 2000?).

Este referido sistema se encontra em meio a problemas de ordem institucional, acarretando um trabalho desarticulado, contando com operadores sem qualificações adequadas causando assim prejuízos no momento de realmente implantar políticas públicas que garantam os direitos assegurados pela legislação (SEDH, 2000?).

Assim sendo, na tentativa de construir um novo paradigma de cuidados e proteção à criança, é que nasceu o PIM (Programa socioeducativo Primeira Infância Melhor) em 2003, porém só em 2006 foi reconhecido como Política Pública de atenção integral a primeira infância que almeja desenvolver integralmente o período da primeira infância, (zero a seis anos), sendo instituído como parte integrante da Política Estadual de Promoção e Desenvolvimento da Primeira Infância, através da Lei Estadual nº 12.544 de 03 de julho de 2006 (SCHNEIDER; RAMIREZ, 2007).

---

<sup>1</sup> Conforme prevê o Art. 120 do ECA, a medida socioeducativa de semiliberdade se caracteriza como um “regime a ser determinado desde o início ou como forma de transição para o meio aberto possibilita a realização de atividades externas, independentemente de autorização judicial”. Ou seja, é uma medida que tanto poderá ser adequada para o socioeducando de primeiro ingresso, quanto para a progressão de medida, ou ainda, poderá ser aplicada como regressão de uma medida anteriormente aplicada. Informação disponível em: <[http://www.fase.rs.gov.br/docs/1378989221PF\\_Anexo\\_V\\_PROGRAMA\\_GERAL\\_SEMILIBERDADE\\_RS\\_FINAL\\_VERSAO\\_JULHO\\_2013.pdf](http://www.fase.rs.gov.br/docs/1378989221PF_Anexo_V_PROGRAMA_GERAL_SEMILIBERDADE_RS_FINAL_VERSAO_JULHO_2013.pdf)>. Acesso em: 14 maio de 2014.

O PIM, foi planejado e posto em prática a partir da referência de um programa cubano, chamado “Educa tu Hijo”, que possuía as mesmas premissas e princípios, utilizados para inspirar a criação desta Política Pública do Estado do Rio Grande do Sul (PIM RS, 2003).

Tal programa completou dez anos de atuação na promoção de direitos dos infantes de zero a seis anos e gestantes no ano passado, com uma ótima aceitação da sociedade, uma vez que une iniciativas do Estado e dos Municípios, da sociedade civil e das mais variadas esferas que tenham interesse e que gostariam de se comprometer com a instrução e o desenvolvimento de crianças vulneráveis daquela idade, atendendo atualmente mais de 88 mil crianças de zero a seis anos semanalmente, aproximadamente sete mil gestantes e 59 mil famílias em 253 municípios do Rio Grande do Sul (PIM RS, 2003).

Este Programa do governo do Estado do Rio Grande do Sul visa à efetivação dos direitos da criança, valorizando dessa forma seu desenvolvimento sadio, além de buscar a transformação da realidade infantil brasileira, de crianças de zero a seis anos, gestantes e suas famílias.

Sua meta é garantir a satisfação dos direitos na Primeira Infância. O PIM está presente, principalmente nas comunidades em que existe um número elevado de crianças nesta faixa etária e gestantes, além de atuar em comunidades carentes e vulneráveis, seu trabalho também aparece em locais que existam um número baixo ou nenhuma escola de Educação Infantil.

Esta Política Pública Estadual é proposta com base em estudos que comprovaram a importância dos primeiros anos de desenvolvimento do ser humano. Sendo assim o Rio Grande do Sul, viu a necessidade de implantar uma Política Pública para promoção e desenvolvimento integral da Primeira Infância Melhor. Seu objetivo principal é de orientação das famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que se promova o desenvolvimento integral das crianças desde a gestação até os seis anos de idade, e redobrando os cuidados no período de zero a três anos (PIM RS, 2003).

Encontra-se com muita veemência nesta Política Pública a efetivação dos direitos da criança, valorizando dessa forma seu desenvolvimento sadio, ela tem como objetivo geral transformar a realidade infantil brasileira, de crianças de zero a seis anos, garantindo a satisfação dos direitos na Primeira Infância, além de buscar um

crescimento saudável proporcionando uma educação melhor aproveitada, de modo a combater a violência (SCHNEIDER; RAMIREZ, 2007).

O mencionado programa busca conferir a estas crianças um crescimento saudável proporcionando uma educação melhor aproveitada, de modo a combater a violência pela ótica da promoção e desenvolvimento da primeira infância, nas dimensões física, psicológica, intelectual e social.

Sua execução é feita pelos municípios ou organizações não governamentais que aderem ao programa através de um termo firmado pelo Secretário do Estado e Prefeito Municipal ou por quem se responsabilize pela ONG, sempre apoiados pelas Coordenadorias Regionais de Saúde e Coordenadorias Regionais de Educação (SCHNEIDER; RAMIREZ, 2007).

O programa organiza-se em torno de três eixos estruturantes: a Família, a Comunidade e a Intersetorialidade: “A família é concebida como o grupo humano primário mais importante nos anos iniciais da vida de todo indivíduo” (SCHNEIDER; RAMIREZ, 2007, p.52).

A comunidade é concebida no Programa como um espaço fundamental de potencialidades, recursos humanos, materiais e institucionais. Seus costumes, suas tradições, suas produções culturais são elementos importantes na educação, na saúde e no desenvolvimento das crianças (SCHNEIDER; RAMIREZ, 2007).

A intersectorialidade no atendimento às crianças, como um dos eixos estruturantes do PIM, decorre da constatação de que a fragmentação das iniciativas, a setorialização excessiva e a ênfase na especialização das ações resultam em políticas inadequadas e em programas pontuais que, além de dispersar os recursos, reduzem sua eficácia e efetividade, se definindo como um conjunto articulado de ações em rede de apoio à gestante, à criança de zero a seis anos e às suas famílias (SCHNEIDER; RAMIREZ, 2007).

Ocorre que nesta política pública existe um cuidado extremamente pontual do eixo gestante e bebê e ela os atende de duas formas: a *modalidade individual* que atende as crianças de zero a dois anos e 11 meses de idade, bem como às gestantes vinculadas ao Programa, sendo a modalidade dirigida às crianças é semanal e a modalidade dirigida às gestantes é quinzenal, ambas são realizadas na residência da família, com a duração de aproximadamente uma hora, e a modalidade de grupos que é dirigida às famílias com crianças de três a seis anos de idade, bem como às

gestantes, ocorrendo uma vez por semana ou uma vez por mês, respectivamente (SCHNEIDER; RAMIREZ, 2007, p.67).

O trabalho é desenvolvido em associações comunitárias, salões paroquiais, parques infantis e nos lares dos integrantes do programa. Seu objetivo é respeitar e promover as diferentes fases do desenvolvimento integral de cada criança nesta etapa de interação e convivência social. A modalidade se dá através de jogos, atividades lúdicas e educativas, planejadas pelos visitantes, sob a orientação de um monitor (SCHNEIDER; RAMIREZ, 2007).

Os grupos de gestantes têm como objetivo maior levar informações relevantes sobre a importância da amamentação, sobre o parto, entre outras, além de promover a socialização e a troca de experiências (SCHNEIDER; RAMIREZ, 2007).

Em 2011 o programa foi avaliado em dezesseis principais cidades que têm o PIM implementado, e nesta avaliação feita com as famílias atendidas constatou-se que

97% declararam ter modificado o modo de tratar o filho/a e 92% que o PIM colaborava com a saúde dele/a; 96% das famílias disseram participar semanalmente das atividades do PIM; 77% alcançaram os resultados esperados para as atividades e 22% alcançaram em parte (PIM RS, 2011)

Cabe ressaltar que, apesar da existência dessa política pública direcionada à crianças de até seis anos de idade, temos ainda o coroamento a nível nacional com a união do Programa Bolsa Família e do PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, a fim de impedir a exploração de crianças e adolescentes, e também para facilitar a fiscalização pelo Governo, tornando efetiva a aplicação destes programas na sociedade brasileira.

O MDS (Ministério do Desenvolvimento) faz questão de deixar claro que:

O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti) e o Bolsa Família foram integrados mantendo suas especificidades e objetivos, não havendo sobreposição de um sobre o outro. Ao mesmo tempo em que agem de forma conjunta, ambos os programas também buscam a inserção das famílias em projetos, serviços e ações socioassistenciais que visam à preservação dos vínculos familiares e da convivência comunitária (PETI, 2010?).

Todavia, a maior preocupação do Governo é de proporcionar o desenvolvimento saudável destas crianças, dando continuidade às propostas do PIM através de outras Políticas Públicas, restando este ciclo completo e só então efetivamente garantido os direitos de proteção ao infante durante toda esta etapa, pois se acredita que não só a Primeira Infância Melhor deve ser priorizada, e sim todo o

período de formação, desde a infância até a adolescência, deixando para o futuro um cidadão bem desenvolvido e amparado, uma vez que seus direitos de infante foram garantidos por estes programas, refletindo essas garantias em sua vida adulta.

Diante de todos os fatos anteriormente relatados, parece necessário uma real efetivação também na prática social dos direitos dos infantes, de forma que para erradicar a violência é preciso não apenas legislações avançadas, mas sim, primeiramente a solidificação das já existentes, a fim de aproximar todos os meios e políticas voltadas a este projeto, tornando-os unos e eficazes.

A medida e o alcance deste novo paradigma social, ocorrerá no instante em que se consiga fortalecer a tríplice cooperação das instituições anteriormente referidas que se apresentam na efetivação dos direitos dos infantes de forma a abolir a violência intrafamiliar e todas as formas de supressão aos direitos dos infantes.

Ademais, é fundamental que os municípios obtivessem autonomia para criação de uma delegacia especializada para repressão aos crimes contra crianças e adolescentes, mas nem o ECA ou qualquer outra lei federal obriga a criação das referidas delegacias. A existência de unidades especializadas seria um grande avanço político-institucional para o País, como ocorreu com a criação da delegacia de mulheres, considerando que essas delegacias seriam muito importantes na investigação dos abusos e crueldades cometidas contra crianças e adolescentes.

Sabe-se que na ausência das delegacias especializadas, os procedimentos relativos a esse tipo de ocorrências são realizados pelas Delegacias comuns que nem sempre priorizam essas apurações além de não disporem de pessoal especializado e/ou capacitado para realização da tarefa. Estas crianças devem ser encaminhadas ao CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) que tem por finalidade atender crianças e adolescentes que tiveram seus direitos violados, e na sua falta, serão atendidas pelo CRAS.

No entanto em linhas conclusivas, se faz necessário conclamar a classe política de forma a sensibilizá-la e envolver os gestores, através de um efetivo atuar, tanto no papel de fiscalização, quanto de controle social.

Assim, também se deve destacar que são necessários novos investimentos sempre primando dar vida a essa legislação para que partindo disso se tenha como garantir de fato e de direito, os direitos das crianças, proporcionando-lhes de tal forma a integralidade do seu desenvolvimento (SCHNEIDER; RAMIREZ, 2007).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidente que o Brasil vem evoluindo quanto a proteção dos direitos dos infantes, já que o próprio ordenamento jurídico, no âmbito do Estatuto da Criança e do Adolescente passou a estabelecer que os infantes são pessoas merecedoras da proteção integral, devendo o próprio Estado garantir a efetivação de seus direitos em todas as fases de sua existência.

Evidentemente, ao estudar a fundo o Programa Primeira Infância Melhor torna-se cristalino que os direitos das crianças estão sendo garantidos, já que uma vez priorizada a primeira infância, entende-se que as mesmas possuirão acesso efetivo à Saúde e Educação, de modo a proporcionar um futuro mais digno e saudável, logo, sem violência.

Contudo, muita coisa ainda precisa ser realizada, principalmente o desenvolvimento sadio e completo desses infantes, priorizando as famílias de baixa renda e de condições mínimas, que por muitas vezes se concentram principalmente no Norte e Nordeste do País.

Sendo assim, é cristalina a importância das Políticas Públicas para promoção da Primeira Infância, bem como, os resultados quando ela é evidenciada, mostrando que o governo se importa e pretende melhorar a situação dos infantes desta faixa etária.

No Brasil ainda é bastante frágil o processo de avaliação das políticas públicas. Por questões políticas, corrupção, descrédito nas instituições representativas do governo, etc., a avaliação das mesmas acabam tendo pouca credibilidade junto a sociedade. É necessário, portanto, a conscientização da real importância que esta fase assume no processo de estudo e análise de uma política pública, bem como um olhar diferenciado sobre a perspectiva do tipo de dimensão ao caso concreto são de extrema importância para que do processo avaliativo possa surgir uma outra construção que torne-se efetiva e contemple as reais necessidades dos infante no Brasil.

Nessa perspectiva, as políticas públicas não devem ser entendidas como programas que se dividem por setores de acordo com as necessidades do Estado, ao contrário, elas devem estar interligadas de maneira contínua e serem compreendidas a partir da própria construção de instituição e processo políticos, que estão intimamente interligados com todas as questões que regem uma sociedade.

## REFERÊNCIAS

ACBERGS. Associação das Creches do Rio grande do Sul. Disponível em: <<http://www.rs.gov.br/direciona.php?key=Y2FwYT0xJmludD1ub3RpY2lhJm5vdGlkPTY0ODAwJnBhZz0xJmVkaXRvcmlhPTEyNiZvcmlhPTE>>. Acesso em: 10 maio 2013.

BARROS, M.E. **Políticas de Saúde no Brasil**: diagnóstico e perspectivas. Brasília: IPEA, 1996.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei nº. 8.069 de 13 de julho de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: 13 abr 2013

CEDEDICA. **Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <[http://www.cededica.org.br/uploads/estatuto\\_atualizado.pdf](http://www.cededica.org.br/uploads/estatuto_atualizado.pdf)>. Acesso em: 10 maio de 2013.

CEDEDICA. **Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <[http://www.cededica.org/web/missao\\_visao](http://www.cededica.org/web/missao_visao)>. Acesso em: 10 maio 2013.

CEDICA. **Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <<http://cedica.rs.gov.br/>>. Acesso em: 10 maio de 2014.

CEDICA. **Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <<http://cedica.rs.gov.br/>>. Acesso em: 10 maio de 2013.

COSTA, Marli M. M. da. (org.) Sabrina Cassol. **Direito, cidadania e políticas públicas II: Direito do cidadão e dever do Estado**. Porto Alegre: Imprensa Livre. 2007.

CUSTÓDIO, André Viana; VERONESE, Josiane Rose Petry **Trabalho Infantil a negação do ser criança e adolescente no Brasil**. Florianópolis: OAB/SC Editora, 2007.

LOPES, Brenner; AMARAL, Jefferson Ney; CALDAS, Ricardo Wahrendorff (coord.) **Políticas Públicas**: conceitos e práticas. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008.

MAUAD, Ana Maria. A vida das crianças de elite durante o império. In: PRIORE, Mary del (Org.). **História das Crianças no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Contexto, 2004.

MENICUCCI, Telma. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. IN: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo Cesar (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Programa Brasil carinhoso**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/brasilsemmiseria/brasil-carinhoso>>. Acesso em: 28 abr 2014

MIRANDA, Maria Inês Ferreira de; FERRIANI, Maria das Graças C. **Políticas públicas sociais para crianças e adolescentes**. Goiânia: AB, 2001.

Programa Erradicação do Trabalho Infantil (PETI). Disponível em:

<<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/peti/integracao-peti-e-bolsa-familia>>.

Acesso em: 28 abr 2014.

FASE. **Programa Geral Semiliberdade**. Disponível em:

<[http://www.fase.rs.gov.br/docs/1378989221PF\\_Anexo\\_V\\_\\_PROGRAMA\\_GERAL\\_SEMILIBERDADE\\_RS\\_FINAL\\_VERSAO\\_JULHO\\_2013.pdf](http://www.fase.rs.gov.br/docs/1378989221PF_Anexo_V__PROGRAMA_GERAL_SEMILIBERDADE_RS_FINAL_VERSAO_JULHO_2013.pdf)>. Acesso em: 14 maio de 2014.

PIM. **Programa Primeira Infância Melhor**. Disponível em:

<[http://www.pim.saude.rs.gov.br/a\\_PIM/php/paginaIndicadoresSucessoPim.php](http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/php/paginaIndicadoresSucessoPim.php)>.

Acesso em: 10 maio de 2013.

PIM. **Programa Primeira Infância Melhor**. Disponível em: <[http://www.pim.saude.rs.gov.br/a\\_PIM/boletinsInformativos/Boletim-EdicaoEspecial-SegundoCorteAvaliativo.pdf](http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/boletinsInformativos/Boletim-EdicaoEspecial-SegundoCorteAvaliativo.pdf)>.

Acesso em: 28 abr 2014.

SALIBA, Maurício Gonçalves. **O olho do Poder: análise crítica da proposta educativa do Estatuto da criança e do adolescente**. São Paulo: Unesc, 2006.

SCHNEIDER, Alessandra; RAMIRES, Vera Regina. **Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública**. Brasília: UNESCO e Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2007.

SEDH. **Sistema de Garantia de Direitos**. Disponível em:

<<http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/spdca/sgd>>. Acesso em: 10 maio de 2013.

UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos da Criança**. Nova Iorque: UNICEF, 1959. Disponível em:<

<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Crian%C3%A7a/declaracao-dos-direitos-da-crianca.html>>. Acesso em: 10 maio 2012.

VERONESE, Josiane R. P. COSTA, Marli Marlene M. da. **Violência Doméstica:**

Quando a vítima é criança ou adolescente. Uma leitura interdisciplinar. Florianópolis: OAB/SC, 2006.

\_\_\_\_\_. **Os Direitos da Criança e do Adolescente**. São Paulo: LTr, 1999.

\_\_\_\_\_. Humanismo e infância: a superação do paradigma da negação do sujeito. In: MEZZARROBA, Orides (Org.). **Humanismo latino e estado no Brasil**. Florianópolis: Fundação Boiteux [Treviso]: Fondazione Casamarca, 2003.



## CONTROLE DE CUSTOS E PRODUTIVIDADE NA AUDITORIA: CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Valdemira Santana Dagostin

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde UNESC. Professora Coordenadora de Estágios do Curso de Enfermagem UNESC. E-mail: vsd@unesc.net

Mágada Tessmann Schwalm

Enfermeira. Mestre em Educação UNESC. Professora Coordenadora Adjunta do Curso de Enfermagem UNESC. E-mail: mts@unesc.net

Luciane Bisognin Ceretta

Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Filosofia, Saúde e Sociedade UFSC. Professora Coordenadora do Curso de Enfermagem UNESC. E-mail: luk@unesc.net

Ioná Vieira Bez Birolo

Enfermeira. Mestre em Assistência de Enfermagem pela UFSC. Professora do Curso de Enfermagem UNESC. E-mail: ionavieira71@hotmail.com

Maria Teresa Soratto

Enfermeira. Mestre em Assistência de Enfermagem pela UFSC. Professora do Curso de Enfermagem UNESC. E-mail: guiga@engeplus.com.br

### RESUMO

Estudo apresenta a percepção dos enfermeiros da saúde da família acerca do controle de custos e produtividade na auditoria. Trata-se de pesquisa qualitativa descritiva, que teve como **objetivo** avaliar o entendimento e o conhecimento do Enfermeiro da Saúde da Família em relação a custo e produtividade da sua Unidade de atuação. **Metodologia:** foram entrevistados oito Enfermeiros que atuam nas equipes de Saúde da Família e Unidades básicas de Saúde de um município do Sul do Brasil, os dados foram coletados por meio de questionário semi-estruturado, com questões abertas e fechadas, referentes ao conhecimento do enfermeiro acerca dos custos e produção (auditoria) dos serviços que gerenciam; dos aspectos relacionados com os controles, a produtividade nas unidades onde atuavam e qual sua interação com esta temática. **Discussão e Análise:** chegaram-se as seguintes categorias: Concepção do Enfermeiro sobre Controles e auditoria em Enfermagem; Importância da auditoria para o Enfermeiro; Concepção do Enfermeiro sobre produtividade. Observou-se que os Enfermeiros apresentam pouco conhecimento do tema e não controlam os custos e produtividade em suas unidades de trabalho. **Considerações Finais:** A auditoria em enfermagem torna-se uma ferramenta essencial na regulação da qualidade dos serviços e acesso dos usuários.

**Palavras-chave:** Controle de Qualidade; Auditoria de Enfermagem; Saúde da Família.

### ABSTRACT

Study presents the perceptions of family health nurses about cost control and productivity in the audit. It is descriptive qualitative study, which aimed to evaluate the understanding and knowledge of the Family Health Nurse has on the cost and

productivity of their unit of work. Method: We interviewed eight nurses who work in teams of Family Health and Basic Health Units in a city of southern Brazil in September and October 2008, data were collected through semi-structured questionnaire with open and closed questions, relating the nurse's knowledge about costs and production (audit) services that manage, aspects of the controls, productivity in units where they operated and what its interaction with this theme. Discussion and Analysis: they arrived the following categories: Design of Controls on Nurses and Nursing audit; the importance of auditing to the nurse, the nurse on design productivity. It was observed that the nurses have little knowledge of the subject and do not control costs and productivity in their work units. Concluding: the audit of nursing becomes an essential tool in the regulation of service quality and user access.

**Keywords:** Quality control; Nursing Audit; Family Health.

## INTRODUÇÃO

As instituições prestadoras de serviço, dentre as quais as instituições de saúde estão cada vez mais preocupadas com a qualidade dos seus serviços ou produtos, pois estão em constantes mudanças e, sofrem uma crescente influência da economia globalizada, e por diversos motivos a clientela deseja, cada vez mais, a satisfação de suas necessidades de saúde e de doença, com garantia da qualidade<sup>1</sup>.

Frente a isso, torna-se absolutamente necessária a adoção de um sistema de custos para que, tanto os serviços e as ações garantidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como pelas Instituições Privadas, sejam realizados com qualidade e eficiência. A criação de metodologias de aferição de custos nos serviços de saúde é fundamental, considerando-se também importante a adoção de sistemas de gerenciamento para que os serviços de saúde possam conter os gastos, mantendo, uma atenção de qualidade.

Sendo assim, é imperativo o envolvimento dos profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, no desenvolvimento da capacidade de gerenciar, esta envolve várias dimensões a equipe de saúde, as perspectivas dos usuários, a prestação da assistência baseada nos princípios do SUS, controle de materiais, de recursos, bem como com a demanda cada vez maior de usuários<sup>2</sup>.

O gerenciamento de custos na área de saúde tem exigido que os enfermeiros analisem suas funções administrativas e cooperem no resultado econômico das instituições de saúde<sup>3</sup>. Para tanto, se faz necessário a compreensão de um conjunto de princípios e conhecimentos de análise econômica que viabilizem a escolha de decisões mais convenientes. O profissional Enfermeiro, inserido ou não,

no processo gerencial de estabelecimentos assistenciais de saúde, necessitam buscar conhecimentos a respeito de custos e produção de seu serviço, reconhecendo seu papel como agente de mudanças, no alcance de resultados positivos, buscando o equilíbrio entre qualidade do cuidado, quantidade e custos de materiais necessários na garantia da assistência a clientela.

Neste sentido o enfermeiro apresenta-se como peça fundamental nos serviços de assistência à saúde, por seus conhecimentos de gerenciamento, planejamento e cuidado terapêutico. Portanto, Enfermeiro como gerente, tem a técnica administrativa, mas não se prende somente a esta, busca argumentos que valorize suas idéias e caracterize suas ações. O Enfermeiro como gerente precisa ter competências específicas, porém deve ser capaz de partilhar informações com a equipe, escolhendo uma linguagem que transmita de modo preciso a mensagem desejada. As decisões precisam ser compartilhadas em conjunto, numa visão integradora, promovendo a interação e participação de todos no intuito de crescimento no relacionamento favorecendo o potencial da qualidade administrativa.

No contexto da atenção básica, o enfermeiro na ação gerencial, caracteriza-se em grande parte pela análise do processo de trabalho, na identificação de problemas e na busca constante de soluções para reorganização das práticas de saúde, na tentativa de alcançar as metas descritas no planejamento<sup>4</sup>.

Assim, o trabalho realizado pelo Enfermeiro é embasado nos problemas da comunidade e, que visam à integralidade das ações, requerendo destes profissionais conhecimentos e habilidades para o desempenho de suas funções gerenciais. Esta função do enfermeiro engloba além da capacidade técnica e gerencial, a auditoria, controle e avaliação, e conseqüentemente custos e produtividade estão inseridos nestes contextos.

Auditoria é uma possibilidade de desenvolvimento de indicadores da assistência, estabelecimento de critério de avaliação e conseqüentemente geração de novos conhecimentos – o que pode ser obtido por meio da análise que permite um levantamento dos problemas de enfermagem, as diversas condutas adotadas para cada um deles e o grau de resolutividade destas<sup>5</sup>.

A auditoria tem ampliado o seu campo de atuação para a análise da qualidade da assistência prestada. Essa análise agrega tanto aspectos quantitativos e qualitativos da assistência e estas são peças fundamentais no controle de qualidade, no controle de custo e da produtividade dos serviços prestados. Configurando-se

como um método de avaliação dos serviços que atrela a qualidade da assistência com a redução de custos a fim de que os órgãos de saúde como hospitais, clínicas e unidades básicas de saúde minimizem seus saldos negativos.

Nesta perspectiva o enfermeiro que atua na saúde da família precisa ter o conhecimento gerencial, de custos e produtividade na auditoria, pois isso refletirá no maior ou menor número de pessoas atendidas no Sistema Único de Saúde e com menores prejuízos de qualidade. Assim, este estudo tem como objetivo: avaliar qual o entendimento e o conhecimento que o Enfermeiro da saúde da família tem acerca da relação custo e produtividade da sua Unidade de atuação.

## **METODOLOGIA**

Estudo qualitativo descrito, realizado em um município do Sul de Santa Catarina, em uma das regionais de saúde do município, o município em questão apresentava uma população estimada de 19.279 /hab., segundo dados do IBGE de 2006. Os dados foram coletados nos meses setembro e outubro ano de 2008. Foram convidados a participar do estudo todos os enfermeiros desta regional, que atuavam nas equipes de saúde da família e das unidades básicas, com funções assistenciais e gerenciais, totalizando dez enfermeiros, entretanto participaram da pesquisa oito enfermeiros, pois os outros dois encontravam-se afastados do trabalho.

O local foi escolhido por observar que os enfermeiros que lá atuavam apresentavam certo desconhecimento em relação ao controle dos custos e produtividade, decorrentes da ausência educação permanente sobre a auditoria, custos e produtividade, assim como outros itens relacionados à questão financeira levando o enfermeiro a não se interessar pelo controle em sua Unidade, bem como, o profissional enfermeiro atuante da Estratégia Saúde Família (ESF) desconhecendo os custos e produtividade em sua unidade básica.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Extremo Sul Catarinense, o qual foi aprovado e recebeu o número de protocolo 193/08. Assim, os enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Vale ressaltar que foram preservadas as identidades dos sujeitos, com a utilização de codinomes.

Os dados foram coletados através de questionário semi-estruturado, o qual continha questões abertas e fechadas, estas eram referentes ao conhecimento do

enfermeiro acerca dos custos e produção (auditoria) dos serviços que gerenciam; dos aspectos relacionados com os controles, a produtividade nas unidades onde atuavam e qual sua interação com esta temática.

A análise foi realizada por meio das informações coletadas nas entrevistas com os Enfermeiros e transcritas em o diário de campo, seguindo os critérios metodológicos de Minayo<sup>6</sup> em três momentos: Ordenação dos Dados: neste momento fazem-se o mapeamento, todos os dados obtidos no trabalho de campo. Aqui estão contemplados as transcrições de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação; Classificação dos dados: Nesta fase é importante termos em mente que o dado não existe por si só. Ele é construído a partir de um questionamento que fazemos sobre ele, com base numa fundamentação teórica, através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecendo interrogações para identificarmos o que surge de relevante. Com base nesse processo se elabora a categoria específica. Nesse sentido determinamos o conjunto de informações presentes na comunicação; Análise Final: neste momento, procuramos estabelecer relação entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, procurando identificar as representações sociais, de acordo com categorias evidenciadas durante o processo de análise. Assim, promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, teoria e prática.

Depois de concluídos estes passos emergiram para análise as seguintes categorias: Concepção do Enfermeiro sobre Controles e auditoria em Enfermagem; Importância da auditoria para o Enfermeiro; Concepção do Enfermeiro sobre produtividade.

## **DISCUSSÃO E ANÁLISE**

Os resultados encontrados vão ao encontro a discussões realizadas com enfermeiros que atuam em auditoria, reforçando a importância trazer para a realidade de cada um as diretrizes sobre este tema.

Assim as categorias que emergiram demonstraram que o os enfermeiros precisam aprofundar-se nesta temática a qual permeia todos os cenários de cuidado da enfermagem, desde a auditoria de custos até a auditoria do cuidado.

Todos os participantes do estudo são do gênero feminino; idade média de 27 anos; tempo de formação de 1 a 18 anos, sendo a maioria até seis anos de

formadas, apenas um dos participantes não tem especialização. No que diz respeito ao tempo de experiência profissional, os enfermeiros tinham de dois meses a 18 anos; quanto ao tempo no serviço atual, de dois meses a sete anos; sete dos enfermeiros nunca atuaram em outros locais.

Estes dados demonstram que o contingente jovem na enfermagem é predominante reforçando a legitimidade destes profissionais na sociedade.

### **Concepção do Enfermeiro sobre Controles e Auditoria em Enfermagem**

O enfermeiro entra em contato com o tema auditoria, primeiramente nos cursos de graduação em enfermagem, os quais objetivam construir subsídios básicos para a atuação profissional no campo de trabalho, sendo às vezes difícil abordar temas de forma abrangente por limitações curriculares, por isto, reforça-se a importância dos acadêmicos e dos profissionais de enfermagem buscar estar atualizados bem como, inseridos em programas de educação continuada.

No depoimento deste enfermeiro evidencia-se que as oportunidades de contato com as questões relacionadas ao controle e a qualidade, ocorrem já na graduação, porém de maneira superficial, e após necessidades de atualização profissional fazem com que se busque formas de capacitações acerca da temática:

*Na disciplina de administração de enfermagem na graduação e também na pós-graduação(Antúrio)[...] Na faculdade não é muito voltada para a questão da auditoria....Aprendi que todo o procedimento (produção) tem um custo e que o controle de custo serve para evitarmos desperdícios, muito comum nos serviços de saúde(Antúrio).*

Observa-se, entretanto que em alguns momentos de atuação na enfermagem faz-se necessário o aprofundamento em determinadas áreas, e a busca precisa ser constante. Observa-se que os cursos de Graduação oferecem oportunidades de contato com a temática referida, porém, não há aprofundamento para que o Enfermeiro consiga dominar as questões da qualidade e dos controles de custos de suas unidades.

Neste sentido, as diversidades de concepção dos profissionais de enfermagem são a marca da contemporaneidade e da globalização, pois as necessidades do trabalho são cada vez mais heterogêneas e, as exigências sempre maiores postas pelo momento atual de criação, renovação e invenção de tecnologias, integração de conhecimentos, nova visão do trabalho médico e de enfermagem<sup>7</sup>.

Ao serem indagados sobre o conceito de auditoria, os participantes da pesquisa aproximam-se dos conceitos descritos pela literatura, como observamos na fala de Antúrio e Margarida:

*É uma avaliação de alguma atividade, por alguma pessoa que não esteja envolvida diretamente na atividade... é uma avaliação sistemática e formal de uma atividade, por alguém não envolvido diretamente na sua execução. Avaliação de estrutura dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros de eficiência, eficácia e efetividade, visando a melhoria progressiva da assistência a saúde.*

Ressalta-se que auditoria é uma atividade de avaliação independente, voltada para o exame e análise da adequação, eficiência, eficácia, efetividade e qualidade nas ações de saúde, sob os aspectos quantitativos, qualitativos e contábeis com observância de preceitos éticos e legais. Consiste no exame sistemático e independente de eventos ou documentos, obtidos através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas<sup>8</sup>. No sentido de avaliação, Flor do Campo e Begônia dizem que:

*Auditoria é a forma de fiscalizar os serviços e gastos. ... É uma avaliação cuidadosa, realizado nas empresas para averiguar se as atividades desenvolvidas estão de acordo com o previsto (Flor do Campo).*

Nas falas de Flor do Campo e Begônia, observamos a preocupação em denominar auditoria como algo fiscalizador, como forma de averiguar se as atividades são desenvolvidas como foi preconizada, quem manda – quem obedece. Porém auditoria em enfermagem, hoje se apresenta com uma finalidade institucional que, está pautada em um enfoque empresarial e mercadológico. Existe também uma tendência de mudança do enfoque de mercado voltado para o cliente, portanto, pautado na qualidade do produto ou serviço, havendo a adequação das ações da auditoria em enfermagem nesse sentido<sup>9</sup>.

Quanto à concepção da auditoria em enfermagem podemos observar na fala de Antúrio que

*É um tipo de auditoria que é a avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem, verificada através da anotação no prontuário do paciente e ou das próprias condições deste; avaliação dos cuidados in loco, avaliação feita pelo paciente e família, pesquisa junto a equipe de saúde (Antúrio).*

Auditoria em enfermagem para Rosa é definida como:

*A avaliação da assistência de enfermagem, verificada através das anotações do prontuário do paciente e ou da própria saúde do mesmo. Sendo a avaliação do serviço de enfermagem e como este deveria ser.*

Na concepção de Margarida e Begônia, o objeto da auditoria em enfermagem é o de diminuir o desperdício, e a utilização do prontuário é vista como documento essencial para tal observação quando dizem que ela

*Avalia a qualidade do serviço prestado ao cliente, diminui o desperdício de material e medicamento, recurso humano entre outros.*

E segundo Begônia ela:

*Avalia a qualidade da assistência prestada ao paciente, verificada através dos registros encontrados nos prontuários do mesmo.*

Em um estudo que objetivou identificar e analisar opiniões de especialistas em auditoria que atuam no contexto da enfermagem e sistematizar tendências de concepção, método e finalidade da auditoria de enfermagem, na atualidade e para os próximos cinco anos, identificou-se que houve consenso no que diz respeito à concepção da auditoria em enfermagem, segundo visão burocrática de cunho contábil e financeiro, tendo em vista a sustentação econômica da instituição<sup>9</sup>. A auditoria em enfermagem, concebida como exame sistemático e independente para avaliar se as atividades de enfermagem é implementada de acordo com o planejamento da assistência, visando alcançar objetivos e resultados são pouco provável, poucas são ainda as projeções dos resultados da auditoria na assistência de enfermagem.

### **Importância da auditoria para o Enfermeiro**

Observa-se unanimidade nas falas dos Enfermeiros no que se refere à importância da auditoria nos processos de trabalho, como observamos na descrição de Begônia:

*É importante na avaliação do serviço, por exemplo: Fornecer dados para melhorar os Programas de saúde, Fornecer dados para a melhoria do cuidado de enfermagem, identificar as deficiências do serviço de enfermagem, avaliar custo e produtividade na unidade de saúde.*

Para Flor do Campo, a auditoria pode ser utilizada como ferramenta de trabalho para melhorar todo o processo de assistência de enfermagem, dizendo que



*A auditoria nos ajuda a ter a visão amplificada de todo o processo. Ajuda no planejamento baseado no contexto geral, ênfase no paciente, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação contínuos e alianças estratégicas(Flor do Campo).*

Para Margarida:

*Melhora a qualidade da assistência; melhor desempenho nos serviços oferecidos e condições de diminuir certos custos(Margarida).*

Parece estar claro aos Enfermeiros, à importância dos controles, pois apontam que há a visão da melhoria da qualidade, buscando identificar inconformidades dos processos a partir de padrões estabelecidos para a assistência de enfermagem<sup>10</sup>. Podemos observar nas falas dos entrevistados tal importância, como descrevem Cravo e Lírio a auditoria pode:

*Evitar o desperdício de material, com a economia no setor comprar material de melhor qualidade(Cravo).*

E ainda facilita o trabalho no sentido de o Enfermeiro

*Ter controle do serviço, para garantir acesso aos clientes, ofertando serviços de média e alta complexidade (Lírio).*

Girassol acrescenta:

*Ela permite ainda a execução dos programas, cumprimento da carga horária e previsão de custo; Evidenciar as deficiências nas atividades desenvolvidas e apontar alternativas preventivas e corretivas para as mesmas (Girassol).*

Diante destes depoimentos observamos a importância do entendimento da auditoria para os enfermeiros que atua na ESF, pois percebem o quão suas ações relacionadas ao controle de custos podem trazer benefícios para a comunidade e para a saúde em geral, e neste momento empoderam-se destes conhecimentos para a melhoria da qualidade do cuidado prestado. Deste modo as novas estratégias de organização do trabalho buscam através da comunidade científica, pesquisas aplicadas à solução de problemas concretos vividos pelas organizações, incluindo-se neste contexto as políticas públicas<sup>10</sup>, reforçando a necessidade de aperfeiçoamento dos enfermeiros, principalmente aqueles que trabalham diretamente com as políticas publicas.

## Concepção do Enfermeiro sobre produtividade

O conceito de produtividade ainda é um tema a ser discutido na saúde, o que leva muitos profissionais a refletir sobre esta temática. A produtividade, segundo Rosa é:

*A relação entre o esforço (em termos de custo econômico, tempo demorado, trabalho executado, etc...) para se produzir algo, e o resultado obtido com esse esforço (Rosa).*

Lírio adefine ainda como

*Quantidade de produtos que se produz, sejam eles: pessoas, máquinas etc. quanto maior for à quantidade produzida maior será a produtividade(Lírio).*

Parece claro a concepção de trabalho na ótica do capitalismo, assim a produtividade não ocorre pensando na coletividade, no crescimento do outro, mas na individualidade, em meu próprio crescimento.

Percebe-se nos Enfermeiros que participaram do estudo certa fragmentação quanto ao processo de trabalho, que gera e produz esforços individuais e novas concepções, todas voltadas ao foco do capitalismo, de produzir muito, sem, contudo pensar-se especificamente na qualidade de forma maior, como meio de organização da assistência.

Com relação às dificuldades encontradas para o controle dos custos e produtividade, Tulipa descreve que

*Há varias dificuldades, primeiro é a multifuncionalidade da enfermeira, que vai desde o serviço geral até a real função de enfermeira na unidade. Outra dificuldade é com a questão conceitos de custos e produtividade(Tulipa).*

Para Margarida, a dificuldade está no gerenciamento, liderança e tomada de decisão, como podemos observar quando diz que a

*Dificuldade maior é de convencer as pessoas que ali trabalham da importância de controlar a entrada e saída de matéria(Margarida).*

As demais dificuldades mencionadas na pesquisa vão desde realizar controle de estoque, consciência dos trabalhadores para registro de entrada e saída de material, incompatibilidade de objetivos entre trabalhador e empresa.

Ao referenciar quais os custos e a produtividade de suas unidades, evidencia-se certo desconhecimento. As respostas foram imprecisas descrevem algo como “não sei informar e não tenho conhecimento sobre os custos na unidade onde

atuo”. Nas respostas da produtividade não foi diferente, a sua maioria demonstra desconhecimento e suposições, e a resposta simples “não sei”, ou algo que parece fazer alguma aproximação como fala Cravo:

*Sei que o valor é per capita, porém desconheço este valor(Cravo).*

Podemos de esta forma compreender porque a autonomia exercida por muitos Enfermeiros parte de ações individuais e subjetivas, pois, não há como tomar decisões quando a realidade não é conhecida.

Em relação às consultas de enfermagem observa-se que de uma forma geral o grupo pesquisado desconhece seus custos e a produção, bem como os valores que a assistência de sua UBS produz mensalmente, fazendo aproximações com as poucas informações que possui como descreve Margarida quando diz que

*Após janeiro de 2008 não recebemos por consulta de enfermagem o valor das é per capita, independente da quantidade de consultas. São realizadas em média 100 Consultas de enfermagem(Margarida).*

Ou ainda a colocação de Bromélia dizendo que

*Quanto ao valor não sou informada, mas realizo 66 consulta de enfermagem e o valor médio R\$ 18,40 reais por consulta de enfermagem (Bromélia).*

Percebe-se que a preocupação com a produtividade não ultrapassa os índices numéricos referentes ao número de consultas, sem qualquer noção referente aos valores, ou o que eles significam no total de atendimentos, como se observa na fala de Flor do Campo quando diz que:

*Eu realizo em torno de 125 ao mês (Flor do Campo).*

*Ou ainda na descrição de Cravo quando fala que*

*Realizo em torno de 60 consultas/ mês. Não sei o valor(Cravo).*

Acredita-se que, além de não serem conhecidos os valores pagos a consulta de enfermagem elas também não sejam realizadas de forma sistemática e consecutiva. Para realizar 100 consultas de enfermagem por mês teriam que ser realizada cinco consultas de enfermagem por dia, considerando tempo médio de 40 minutos, representando cerca de duas horas. Se isto realmente ocorresse, o enfermeiro apresentaria maior sobrecarga de trabalho, ou precisaria de mais profissionais enfermeiros realizando as consultas de enfermagem.

Em relação a materiais de consumo e custos mensais, utilizou-se como parâmetro o uso de seringas descartáveis de 5 ml na Unidade Básica de Saúde mensalmente, onde os Enfermeiros demonstram desconhecer tal parâmetro de controle, como percebe-se na fala de Rosa:

*Quantidade de seringas de 5 ml gasto na Unidade de Saúde onde trabalho no ultimo mês foi 35 unidades. Já o valor que estas representam financeiramente eu desconheço. Pois as notas de compra chegam ao almoxarifado e não temos acesso nas unidades de saúde (Rosa).*

Para Flor do Campo

*Em média são 90 seringas. O preço é de R\$ 0, 30 centavos. Representando 27 reais mês(Flor do Campo).*

Cravo refere desconhecer completamente este parâmetro de qualidade quando fala

*Não sei. Nós contamos as injetáveis feitas, mas não por seringa muito menos separada por ml(Cravo).*

Considera-se, portanto, que as questões relativas aos controles e aos custos nas unidades básicas de saúde, não são o foco do trabalho do Enfermeiro, o que pode interferir no processo de qualidade, por isso observa-se que o despreparo na formação acadêmica em relação às questões de controle de custos está descompassada à realidade de saúde do país e às políticas institucionais dos sistemas de saúde<sup>11</sup>. Diante desta constatação reforça-se a importância de uma revisão nos currículos de graduação em enfermagem, pois frente aos desafios das políticas públicas precisam dar suporte aos enfermeiros, principalmente, voltado para a auditoria e, que estes possam concluir o curso de graduação e atuar neste mercado de trabalho.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por ser um sistema público, financiado por recursos da sociedade conota maior responsabilidade quanto a sua utilização e prestação de contas. Assim, a atividade de controle, avaliação e auditoria precisam funcionar coerentemente em seus conceitos, atribuições e delimitações. As atribuições vão além da fiscalização e regulação de recursos financeiros objetivam também a qualidade da assistência a saúde.

A auditoria em saúde torna-se essencial à medida que a consideramos não um instrumento de poder, mas de regulação da qualidade dos serviços e acesso dos usuários. Assim como o emprego eficaz, eficiente e efetivo dos recursos públicos, ou seja, sua otimização.

Considera-se assim, que os Enfermeiros entrevistados neste estudo, apresentam poucos conhecimentos acerca da produtividade e custos relativos à Unidade Básica de Saúde à qual estão vinculados, e que as atividades voltadas ao controle de qualidade limitam-se a poucas informações, e em muitas situações, aquelas relativas a sua própria atividade, não levando em consideração a equipe e a assistência de enfermagem como um todo.

A preocupação com a qualidade nos serviços de saúde, mais precisamente, nas ações de enfermagem, ainda estão à margem de uma perspectiva mais abrangente, que possa permitir o planejamento, a provisão e previsão, e a alocação de recursos advindos do sistema de saúde.

Esperamos que este estudo possa contribuir para a auditoria em enfermagem, principalmente para os profissionais enfermeiros que atuam na saúde da Família e das unidades Básicas de Saúde. E este seja uma motivação para outros investigadores buscarem aprofundar nesta temática tão importante, não só para a melhoria da qualidade do cuidado, mas também, para dar maior visibilidade do enfermeiro que utiliza a auditoria em seu cotidiano de trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. Rocha ESB, Trevizan MA. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009; 17(2): 240-245.
2. Fernandes LCL et al. Gerência de Serviço de Saúde: Competências Desenvolvidas e Dificuldades Encontradas na Atenção Básica. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(supl.1): 1541-1552.
3. Stolarski C, Kempfer SS, Sebold LF. Qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. In: Martini JG, Kempfer SS, Kolhs M, Sebold LF. Auditoria em Enfermagem. São Paulo: Difusão; 2009.
4. Fernandes MC et al. Análise da Atuação do Enfermeiro na Gerência de Unidades Básicas de Saúde. Rev. bras. enferm. 2010; 63(1): 11-15.
5. Chaves MM, Menezes BMJ, Cozer ML, Alves M. Competências Profissionais do Enfermeiro: o método developing a curriculum como possibilidade na elaboração de um projeto pedagógico. Enferm. glob. 2010; 18: 1-18.

6. Minayo MCS. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 21. ed. São Paulo: Vozes, 2002.
7. Silva GM, Seiffert OMLB. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. Rev. bras. enferm. 2009;62(3): 362-366.
8. Ministério da Saúde (BR). Orientações técnicas sobre auditoria na assistência ambulatorial e hospitalar no SUS:caderno 3 /Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
9. Scarparo AF, Ferraz CA. Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos. Rev Bras Enferm. 2008; 61(3): 302-5.
10. Sanches EN, Próspero ENS, Stuker H, Borba Júnior MC. Organização e trabalho: padrões de comprometimento dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família. Rev. Eletr. Enf. 2010; 12(2):294-300.
11. Aarestrup C, Tavares CMM. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem 2008; 10(1):228-234.

## REGISTROS DE ENFERMAGEM: FONTE DE COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Monica Bonfante Dalpont

Acadêmico de Enfermagem 8ª fase Unesc.

Beatriz Marques de Farias

Acadêmica de Enfermagem 5ª fase Unesc.

Marjoriê C. de Freitas

Enfermeira- Unesc

Luciane Bisognin Ceretta

Doutora em Ciências da saúde- Unesc. E-mail: luk@unesc.net

Mágada Tessmann Schwalm

Doutora em Ciências da Saúde- Unesc. E-mail: mts@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** Os novos horizontes da enfermagem exigem do profissional responsabilidade de elaboração de um cuidado holístico, devendo estar motivado para acompanhar os conhecimentos e para aplicá-los. Para garantir esse cuidado, é extremamente importante a qualidade da comunicação entre profissionais e clientela. Ruídos nesta comunicação intervêm no cuidado, ocasionando um mal-estar e estresse por parte de todos, gerando agravos na saúde e dificultando terapias (Andrade, 2003). **Desenvolvimento:** O estudo é de cunho qualitativo, descritiva e observacional. Foi desenvolvida em um hospital do Estado de SC entre os dias 15 a 30 de abril de 2012 durante o desenvolvimento do estágio supervisionado de Administração em enfermagem. Foram selecionados aleatoriamente 15 (quinze) prontuários e transcritos os registros de enfermagem em sua íntegra, com o objetivo de identificar demandas terapêuticas e respectivas intervenções de enfermagem, considerando o prontuário e seus registros como meio de comunicação entre a equipe de enfermagem. Foram seguidos os preceitos éticos. **Resultados e discussão:** foram observados nos registros dos prontuários: é raro encontrar registros do Enfermeiro Gerente da Unidade nos prontuários; os registros do enfermeiro encontrados dizem respeito a intervenções técnicas por parte do profissional, de forma sucinta, como por exemplo, os cateterismos vesicais de alívio e demora, alguns curativos (os de subclávia) ou outros procedimentos de maior complexidade. Foram observados muitos erros de ortografia por parte dos técnicos e auxiliares de enfermagem, rasuras frequentes, erros na anotação de datas, hora. As datas e hora das anotações não condizem com o momento da observação, por exemplo, no registro consta às 13 horas e o registro foi efetuado de fato às 9 horas; os registros são repetitivos; há uso de siglas ambíguas, por exemplo: SV para sinais vitais e SV para sondagem vesical. Os sinais e sintomas descritos nos registros são citados por vários dias consecutivos e não há registro de intervenções efetuadas pela enfermagem para resolução do “problema”. Há dificuldade de legibilidade em algumas anotações, devido carimbos e assinaturas, assim como, letras ilegíveis. Foi observado técnicos da enfermagem exercendo função e evoluindo para o enfermeiro, sendo que a assinatura final foi do profissional enfermeiro. Foram observados nos relatos dos técnicos e auxiliares de

enfermagem muitos erros ortográficos, rasuras frequentes, evoluções repetitivas e inúmeros erros na anotação de datas, hora. As rasuras nos preocupam pois o recomendado é que não haja rasuras em registros haja visto que estas podem diminuir a credibilidade dos procedimentos e nos dias atuais serem questionadas frente a processos judiciais. Quanto à diferença das horas entre assistência prestada e evolução no prontuário, se o profissional é encarregado a evoluir e acompanhar o estado geral de um paciente, esse procedimento deve ser efetuado no momento em que o mesmo foi observado e examinado. Nosso objetivo geral foi analisar se as demandas terapêuticas identificadas nos registros de enfermagem são solucionadas a partir de intervenções do enfermeiro ou da equipe de enfermagem. No primeiro caso surge a demanda terapêutica de dor abdominal sem solução do problema, no segundo caso novamente a dor abdominal está presente sendo utilizada terapia medicamentosa com medicação que segundo o paciente não lhe traz os efeitos desejados, do contrário, lhe faz mal e o que nos parece grave, os trabalhadores da enfermagem continuam administrando a medicação, e o enfermeiro? Não percebemos suas intervenções. Conclusões: A partir do exposto sugerimos aos enfermeiros gerentes de unidade de internação hospitalar que invistam na educação permanente em saúde dos trabalhadores da enfermagem, ampliando o conhecimento e o vocabulário destes trabalhadores. Que implantem a Sistematização da Assistência de Enfermagem para que possam orientar suas ações e obter melhor resolatividade das demandas terapêuticas, que os trabalhadores não se limitem ao conhecimento oferecido nos cursos técnicos, do contrário, busquem cada vez mais o conhecimento porque este melhorará significativamente a assistência de enfermagem. Sugerimos ainda que todos levem a sério os registros de enfermagem, dando assim maior credibilidade e permitindo assim que todos os que a ele tem acesso, se utilizem como meio de comunicação eficiente, eficaz e efetivo no cuidado de enfermagem.

**Palavras-chave:** Registro de Enfermagem; Comunicação; Enfermeiro.

## REFERÊNCIAS

FF, L. *Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo, Editora Atlas, 2003, 174 p.

CHIAVENATO, A .V; IDALBERTO. **Introdução a Teoria Geral da Administração**. 6ª ed. Rio de Janeiro, Campos, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz, GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis/ RJ, Editora Vozes, 9º edição, 1998, 80 p.

Conselho regional de enfermagem do RJ. Home-page.

<http://www.medicinaintensiva.com.br/enfermagem-historia.htm>), acesso em maio, 2008.



## **TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD: ANÁLISE DE SUA REALIDADE NO MUNICÍPIO DE FRAIBURGO, SC**

**Núbia Valéria Mafioletti**

Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo, S.C.; Pós-Graduação em Gestão em Saúde, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, IFSC, SC. E-mail: nubia.v.m@hotmail.com.

**Wanusa G. Amante de Souza**

Secretaria Municipal de Saúde de São José, SC. Cursos de Enfermagem e Fisioterapia da Faculdade União Bandeirante, São José, SC. Email: wanusamante@gmail.com.

**Fernando S. L. Cantanhede**

Cursos de Enfermagem e Fisioterapia da Faculdade União Bandeirante, São José, SC; Pós-Graduação em Gestão em Saúde, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, IFSC, SC. E-mail: fernando.fisio@aedu.com.

### **RESUMO**

O Tratamento Fora de Domicílio – TFD é um instrumento legal que visa garantir através do Sistema Único de Saúde – SUS o tratamento de média e alta complexidade. Trata-se de um programa de política pública assistencial que tem por objetivo assegurar integralmente e igualitariamente, via SUS, o tratamento médico em geral, aos pacientes cuja doença não pode ser tratada em seu município de origem, devido a ausência de condições técnicas, operacionais e financeiras para fazê-lo. Disponibilizando serviços de saúde, dentre estes: consultas, tratamento ambulatorial e hospitalar/cirúrgico previamente agendado, bem como passagens (aéreas, terrestres e fluviais) e diárias para o paciente e acompanhante quando necessário e por quanto durar o tratamento. Por ser um programa específico do SUS, o TFD se enquadra na ótica dos direitos sociais garantidos constitucionalmente, pois, atende às demandas sociais, principalmente, no que se refere à precariedade dos serviços de saúde em alguns municípios, onde faltam médicos e equipamentos tecnológicos necessários ao completo atendimento da população e à sua baixa condição econômica. Porém muitas barreiras são levantadas para que este direito realmente seja alcançado e, tomando por base esta realidade, este estudo teve por objetivo fazer uma análise sobre as dificuldades encontradas pelos usuários do SUS nos encaminhamentos e atendimentos através dos serviços de Tratamento Fora de Domicílio - TFD bem como as lacunas encontradas nas secretarias municipais no encaminhamento destes pacientes. A metodologia utilizada foi o estudo exploratório e quantitativo, analisando-se os dados referentes ao Setor de TFD da Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo, SC, e DATASUS, no período de 2008 a 2011. Desses dados foram analisados: número de solicitações e atendimentos; número de consultas solicitadas e atendidas; análise das filas de espera de acordo com as especialidades médicas; análise do número de procedimentos médicos e exames de diagnóstico, solicitados e atendidos; e análise das causas das filas. Quanto aos resultados constatou-se que em relação ao número de encaminhamentos, em 2009 houve um aumento de encaminhamentos de 23% em relação a 2008, e que a partir de 2009 houve decréscimos de 3,4% no ano de 2010, e 13% para o ano de 2011. Este decréscimo se deu com a implantação da função do Regulador Municipal no início do ano de 2010, pois segundo a literatura, a regulação municipal de saúde foi criada para orientar a oferta de soluções em saúde onde a necessidade concreta das pessoas

nem sempre equivale à demanda espontânea. Em relação às consultas médicas solicitadas e atendidas houve déficits em todo o período estudado, 13% em 2008, 27% em 2009, 21% em 2010, e 47% em 2011. Este aumento se deve ao fato de que as solicitações não atendidas em um ano são incorporadas ao ano subsequente, o que contribui para o aumento das filas e consequente aumento dos déficits. A diminuição do déficit em 2010 e o aumento acentuado em 2011 ocorreu devido a implantação do SISREG - Sistema Nacional de Regulação, pelo Estado de Santa Catarina a partir do mês de setembro de 2010. O não atendimento às solicitações também ocorre devido à falta de justificativa médica ou do histórico detalhado da doença, evolução e tratamento realizados. Em relação ao número de procedimentos médicos, solicitados e atendidos, decorrentes de consultas médicas, houve déficits expressivos em todo o período estudado, 46% em 2008, 43% em 2009, 62% em 2010, e 87% em 2011. Em relação ao número de exames de diagnóstico, solicitados e atendidos, houve déficits em todo o período estudado, 14% em 2008, 60% em 2009, 25% em 2010, e 21% em 2011. Em relação aos valores pagos pelo SUS e praticados pelo mercado, constatou-se defasagens expressivas, tais como 96% nas consultas especializadas; 99,64% nas eletroneuromiografias; 77,53% nas tomografias; 71% nas ressonâncias magnéticas; 59,15% nas cintilografias diversas; 55% nas mamografias; e 45% nas densitometrias ósseas. Conclusão, as filas de espera no Programa de Tratamento Fora de Domicílio ocorrem devido à defasagem dos valores pagos pelo SUS, à falta de protocolos e diretrizes para o encaminhamento de pacientes, necessitando de capacitação dos profissionais envolvidos no referido programa quanto aos seus objetivos e uma reformulação do programa em âmbito municipal, regional e estadual.

**Palavras-chave:** Tratamento Fora do Domicílio; Planejamento em Saúde; SUS.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde, DATASUS, **Manual do Administrador SISREG III**, Brasília, 2008.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, vol. 10. Brasília, 2007.

MARIUSCULO, Antônio Carlos Estima **Estudo da População Usuária do Programa de Tratamento Fora de Domicílio: perfil das gerências do quarto e sétimo Centros Regionais de Saúde do Estado do Pará**, Informações úteis para o planejamento da gestão do trabalho do SUS. 2010. 180f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão) Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2010.

MENDES, Eugenio Vilaca. **As redes de atenção a saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários da Saúde. 2.ed. Brasília, 2011.

SANTA CATARINA, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fraiburgo**. Fraiburgo, 2010.

## **ANALISANDO A EFETIVIDADE DA POLITICA PUBLICA DE SAÚDE AUDITIVA PARA RECÉM-NASCIDOS, NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA, SC**

**Solange Castagnol**

Núcleo de Cooperação em Educação Secretaria Municipal de Educação de Criciúma, S.C.; Pós-Graduação em Gestão em Saúde, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, IFSC, SC. E-mail: fonosolangecastagnol@gmail.com.

**Adriano Sousa**

Centro Catarinense de Reabilitação, SES, Florianópolis, SC. Curso de Fisioterapia da Faculdade União Bandeirante e Centro Universitário Estácio de Sá, São José, SC. Email: adrsou@gmail.com.

**Fernando S. L. Cantanhede**

Cursos de Enfermagem e Fisioterapia da Faculdade União Bandeirante, São José, SC; Pós-Graduação em Gestão em Saúde, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, IFSC, SC. E-mail: fernando.fisio@aedu.com.

### **RESUMO**

Hoje vivemos num mundo globalizado com marcantes indicadores de normas sociais, informações de toda ordem de interesses que interferem direta e indiretamente na vida de todos. A linguagem oral facilita a integração do surdo na comunidade ouvinte, principalmente através da linguagem oral e é justamente a audição humana que permite a aquisição destes conhecimentos, sendo um dos principais sentidos para as pessoas. É através da linguagem falada que o homem se distingue dos outros seres vivos, é justamente porque esta se trata de um sistema de comunicação estruturado e único da espécie humana. A perda auditiva pode ocorrer por causa genética, congênita ou adquirida. Os agentes infecciosos são os fatores etiológicos mais comuns de perda auditivas congênitas ou adquiridas; a infecção da orelha interna durante a gestação, por toxoplasmose, rubéola, sífilis, citomegalovírus e herpes são as causas mais frequentes de surdez congênita. No mundo, cerca de 10% da população possui algum tipo de déficit auditivo, no Brasil as políticas que reconhecem a deficiência auditiva como um problema de saúde pública, receberam do Ministério da Saúde determinações para as diferentes esferas governamentais, através das secretarias de saúde municipal, estadual e federal, indicando as responsabilidades e objetivos a serem alcançados, através da Portaria Ministerial SAS/MS nº 587/28/092004 que institui o Programa de Saúde Auditiva que determina: a) Atenção à gestante: controle dos fatores que interferem no desenvolvimento do feto (hipertensão, diabetes, utilização de drogas ototóxicas, e outros; imunização e controle de doenças que podem levar a infecções congênitas (rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus); e que encontra ressonância na Portaria Ministerial nº 569/GM/01/06/2000, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, PHPN. O objetivo deste estudo foi analisar a contribuição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN, na prevenção da deficiência auditiva durante a gestação, no município de Criciúma, SC, no período de 2008 a 2012. A metodologia utilizada foi o estudo exploratório, qualitativo e quantitativo, analisando-se os dados constantes no DATASUS, referentes ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, PHPN, no município de Criciúma, SC, no nível de atenção primária às gestantes. Analisando-se os resultados referentes ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN, constatou-se que o número de gestantes acompanhadas pelo programa com o

cumprimento do Pré-Natal no 1º trimestre de gestação, e com a vacinação obrigatória em dia, foi plenamente satisfatório com os seguintes resultados: menor taxa, 94,91% em 2011 e maior cobertura em 2012 com 99,94% das gestantes; vacinação completa das gestantes: apresenta taxas superiores a 97,36%; pré-natal completo no primeiro trimestre de gravidez: menor taxa em 2009 com 81,6% e maior taxa em 2008 com 98,69%; nascidos vivos e a frequência das consultas de suas mães durante o pré-natal: observa-se taxas superiores a 92% entre as mães que se submeteram a mais de quatro consultas durante o pré-natal; peso ao nascer inferior a 1499 gramas: 1,3% em 2010, e 1,4% em todos os outros anos do período estudado. O comparecimento expressivo das mães nas consultas, e todas as atividades relativas ao PHPN, se deve ao fato de que nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, devido a assistência médica precária, a atenção pré-natal, talvez seja a única oportunidade para as mulheres receberem assistência médica. Concluiu-se que as ações preconizadas pelo PHPN foram atendidas no município de Criciúma e contribuem para a prevenção a deficiência auditiva.

**Palavras-chave:** Deficiência auditiva; Saúde auditiva; SUS.

## REFERÊNCIAS

AMADO, Bárbara Carolina T., et al. **Prevalência de indicadores de risco para surdez em neonatos em uma maternidade paulista**. Revista CEFAC. São Paulo, 2009; 11(1):18-23.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM/01/06/2000** – [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) >acesso em 07/04/2012.

CARVALHO, Renata M.M. **Audição: Abordagens Atuais**. São Paulo: Pro Fono, 1997.

SAIGAL, S; DOYLE, LW. **An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood**. Lancet. 2008;371(9608):261-9.

SALINAS, A. M et al. **Effect of quality of care on preventable perinatal mortality**. International Journal for Quality in Health Care. 1997.

VIEIRA, Andreza Batista Cheloni, et al. **Doenças infecciosas e perda auditiva**. Rev. Med. Minas Gerais. 2010; 20, 102-106.

## A PARTICIPAÇÃO SOCIAL VIA CONSELHO DE SAÚDE NA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Simone Tatiana da Silva

Mestranda de Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó. Email: simone.tatiana@unochapeco.edu.br

Maria Elisabeth Kleba

Doutora em Filosofia pela Universidade de Bremen. Professora da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó. email: lkleba@unochapeco.edu.br

### RESUMO

**Introdução:** A participação da comunidade foi defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária, na 8ª Conferência de Saúde sendo posteriormente incluída na Constituição de 1988. Sua institucionalização vem sendo consolidada por meio de instâncias como os Conselhos de Saúde, criados pela Lei Orgânica 8142/90, que os define como órgão permanente e deliberativo, com a responsabilidade de formular estratégias e controlar a execução de políticas, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. A regulamentação deste órgão foi revisada por meio da Resolução 453/2012, que determina as atribuições dos conselheiros, bem como o seu funcionamento e organização. A criação desse espaço de participação promoveu maior inclusão de outros atores no processo de formulação e acompanhamento da política de saúde, determinando que, além dos gestores, usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviço estejam na constituição do órgão. No entanto, diversos autores têm discutido a fragilidade deste espaço na gestão da política de saúde, afirmando que, por vezes, o Conselho de Saúde comporta-se de maneira burocratizada, legitimando decisões do gestor (BISPO JUNIOR; SAMPAIO, 2008; COTTA et al, 2011). **Objetivo:** Este trabalho buscou analisar como estudos publicados têm abordado a participação social na gestão da política de saúde do município por meio dos conselhos de saúde. **Justificativa:** O conselho de saúde é um espaço importante para discussão da política de saúde, à medida que insere diferentes atores nas decisões a respeito dessa política pública. Além disso, a participação neste espaço favorece a formação de cidadania, de empoderamento e de capital social (VAN STRALEN, et al, 2006). Esse estudo pretende contribuir com o fortalecimento desse órgão, trazendo reflexões que subsidiem a implementação de estratégias para o melhor desempenho dos atores sociais envolvidos na gestão da política de saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa de 40 artigos publicados em periódicos brasileiros no período de 2003 a 2013. Inicialmente foi realizada busca na Biblioteca Virtual e Saúde (BVS) e no Portal de Periódicos da CAPES, com os descritores: “Políticas de controle social”, “conselhos de saúde”, “Política de saúde”, “gestão em saúde”, “participação comunitária”, “participação cidadã”, “participação social”, “governo local” e “planejamento em saúde”. Foram identificados 131 documentos, sobre os quais foram aplicados os seguintes critérios de exclusão: publicações que não estavam em formato de artigo, não disponibilizadas online de forma completa, estudos duplicados, estudos sobre outros conselhos que não o da saúde ou sobre conselhos de outras instâncias governamentais, que não a municipal, e estudos que não se referem ao Brasil. Por fim, selecionaram-se 40 artigos publicados em periódicos da área da saúde, da assistência social, da administração pública e da enfermagem, destacando-

se a Revista Ciência & Saúde Coletiva com 12 artigos publicados. **Resultados/Discussão:** Os artigos apresentam no geral uma visão positiva a respeito da participação da população por meio dos conselhos de saúde, considerando este espaço como local onde há possibilidade de formação de cidadania e de capital social (CORNWALL, 2008). No entanto alertam que muitos conselhos têm-se tornado espaços burocratizados, utilizados como meio para homologar as decisões do poder executivo (COTTA et al, 2011). Além disso, o desconhecimento de suas atribuições por parte dos conselheiros dificulta a participação efetiva na gestão da política e, conseqüentemente, a contribuição para o melhor uso dos instrumentos de planejamento. Outro problema levantado pelos autores é a questão da representatividade, salientando-se entre as limitações apontadas o fato de os usuários serem representados frequentemente por homens mais velhos, com elevado nível social e educacional (VAN STRALEN, et al 2006). A principal solução apresentada pelos autores, com o objetivo de melhorar o funcionamento do conselho de Saúde são os Programas de Educação Permanente (COTTA, et al 2011), havendo relatos de melhora da atuação do órgão após a realização de ações neste sentido (ALENCAR, 2012). **Conclusão:** O conselho de saúde é órgão importante para a participação da população na formulação da política de saúde, além de ser espaço de empoderamento dos atores. No entanto vêm apresentando problemas de representatividade e legitimidade, o que pode prejudicar seu funcionamento. Ações de educação permanente, bem como maior visibilidade à esse espaço poderá favorecer a ampliação da participação, com a inclusão de outros atores nas discussões do órgão, mas também maior qualificação do processo decisório como corresponsabilidade partilhada entre governo e sociedade civil.

**Palavras-chave:** Participação Social; Conselho de Saúde; Gestão em Saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Heloisa Helena R. de. Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre - RS. **Saude soc.** v.21, suppl.1, p. 223-233, 2012.
- BISPO JUNIOR, José Patrício; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** v. 23, n. 6, p. 403-409, 2008.
- COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis.** v. 21, n. 3, p. 1121-1138, 2011.
- CORNWALL, Andrea. O desafio da ocupação dos novos espaços democráticos no Brasil: o caso do Conselho Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho. **Desenvolvimento em Questão**, v. 6, n. 11, p. 11-40, 2008.
- VAN STRALEN, Cornelis Johannes et al . Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-632, set. 2006.

## A LIDERANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PEDRA BRUTA A SER LAPIDADA

Monica Bonfante Dalpont

Academica 8 fase curso de Enfermagem Unesc

Beatriz Marques de Fraias

Academica 5 fase curso de Enfermagem Unesc

Simone Senado

Academica 2 fase curso de Enfermagem Unesc

Luciane Bisognin Ceretta

Doutora em Ciencias da Saude Unesc

### RESUMO

**Introdução:** Os conceitos de liderança têm se modificado bastante nos últimos tempos, e esta mudança tem se dado a partir do reconhecimento da importância do envolvimento e participação de todos para o sucesso da equipe (ADAIR, 1989). Penteado (1986, p.04), diz que: “a constatação de ser a liderança alguma coisa capaz somente de acontecer em sociedade levou a complementação do conceito”. Uma pessoa solitária jamais será um líder. Falta a ela o essencial, ou seja, trabalhar em grupo. Este trabalho não se refere ao destaque do grupo, mas ao exercício da influência positiva. Somente quando somamos e aprendemos a compartilhar com a equipe é que podemos ser chamados de líderes. Acreditamos que não exista líder sem liderados, porém, em uma relação de ajuda mútua e de solidariedade como uma via de mão dupla. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, constituída de artigos científicos e literaturas acerca da temática liderança nos serviços de saúde como: Liderando com o coração aberto, o líder do futuro, liderando no terceiro milênio e outros com a finalidade de selecionar os temas a serem abordados. Após a leitura optamos em relacionar o tema com as vivências profissionais e observações empíricas que a autora tem na qualidade de profissional da saúde. Desta forma, conseguimos expressar nossa indignação com relação a liderança que está em nossa volta e na sociedade e conseguimos ver como “não queremos ser” como futuros profissionais enfermeiros. **Resultados:** A partir de algumas citações, teorias e também de vivências (experiências empíricas) da pesquisadora, buscaremos estabelecer relação entre estas experiências e as teorias mencionadas. Iniciaremos pela teoria do comportamento, pois conseguimos identificar de forma empírica nas instituições de saúde líderes democráticos, autoritários e liberais. No ambiente de trabalho nos deparamos com pessoas que temem a mudanças e dificilmente escutam idéias, a eles cabe a função de determinar todas as funções a serem exercidas deixando de lado a opinião de seus liderados, pois tem medo de perder seu lugar de destaque a frente da equipe. Tem um estilo de liderança autoritária o que acaba sendo prejudicial à equipe tornando as funções extremamente burocráticas sendo executadas sem motivação. Segundo Oliveira(1997), Em alguns órgãos públicos, constatamos com facilidade imensos potenciais humanos que são desperdiçados, ao longo da vida muitos funcionários se adaptam as rotinas e atrofiam seus potenciais de desenvolvimento. A alienação e o comodismo vivenciados sem consciência acabam aumentando a resistência dos mesmos á mudanças, sendo que um funcionário

influenciado negativamente sente-se desvalorizado e essa perda de auto- conceito positivo pode gerar falta de motivação. Nesse momento é que podemos ver, que uma boa liderança pode sim fazer a diferença, no entanto, o líder deve enxergar em seus liderados potenciais que muitas vezes eles mesmos não percebiam. Diante da rotatividade dos trabalhadores dos serviços de saúde, muitas vezes nos deparamos com aqueles líderes que desejam conquistar sua equipe, torna-se demasiadamente liberais, sendo conivente com as distócias e atrogencidades e permitindo que a equipe trabalhe sem rumo, fazendo como cada um desejar, deixando de fazer críticas quando necessário e permitindo total liberdade, esquecendo que nem todos são conscientes de suas responsabilidades. Esse é o líder liberal conhecido popularmente como “o gente boa”. A liderança transformacional, liderança interacional e a liderança e o amor são teóricas mais atuais que defendem o líder moderno. Constata-se que o líder atual tem comportamento e atitude que o diferenciam dos demais e isso está diretamente ligado não somente com a formação acadêmica do enfermeiro, preocupação com os relacionamentos interpessoais, mas também com a dinamização dos aspectos relacionados com a consciência de si, persistência, habilidade social, controle da impulsividade, habilidade emocional e saber respeitar e tratar as pessoas e principalmente na capacidade de ser visionário e manter se atualizadas. **Considerações Finais:** Por compreender que a liderança é inevitavelmente presente nas instituições de saúde sejam ela públicas ou privadas, partimos do princípio que o enfermeiro, a partir das funções que exerce, acaba desenvolvendo naturalmente a liderança.

**Palavras-chave:** Liderança; Enfermeiro.

## REFERÊNCIAS

ADIZES, ICHAK. **Gerenciando as mudanças; o poder da confiança e do respeito mútuo na vida pessoal.** São Paulo: Pioneira 2002.

ADAIR, JOHN. **Como liderar com eficiência.** São Paulo: Nobel 1989

ALMEIDA MARINS F, LUIZ. **Administrar hoje.** São Paulo: Harbra, 1988

CESPEDES, CAROLINA P. **Liderança constatações e contradições quanto a formação de líderes organizacionais.** São Paulo, 2005

DRUKER, PETER FERDINAND. **O gerente eficaz.** 9º Rio de Janeiro: J. Zahar, 1981.

GILLEY, KAY. **Liderando com o Coração Aberto .** São Paulo-SP: Cultrix, 1999

HUNTER, JAMES C. **O monge e o executivo.** Rio de Janeiro: Sextante, 2004

MARQUIS, BESSIE I. e HUSTON, CAROL J. **Administração e liderança em enfermagem.** 4º ed Porto Alegre: Artmed, 2005.

NETO, DAVID LOPES. **Liderança transformacional: a arte de administrar com inteligência emocional.** Fev 200, p-16-19 (revista nursing)



OLIVEIRA, MILTO. **Energia emocional: base para gerencia eficaz.** 5ª ed São Paulo: Makron Books, 1997

PENTEADO, JOSE ROBERTO. W. **Técnica de chefia e liderança.** São Paulo: Pioneira, 1986.

RYBACK, DAVID. **Emoção no local de trabalho.** São Paulo: Cultrix, 2000.

ZUKOWSKI, SAMUEL. **Liderando no terceiro milênio: as chaves para o sucesso em sua liderança.** Ed. do autor: Florianópolis, 2004

## **POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ORGANIZAÇÃO INICIAL E TRANSIÇÃO PARA A SEGUNDA COMPOSIÇÃO DA PROPOSTA NA REGIÃO CARBONÍFERA**

**Fernanda Geraldo Valgas**

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).  
Bolsista PIBIC/CNPq. E-mail: fernanda.valgas@hotmail.com

**Valdemira Santana Dagostin**

Mestre. Coordenadora e Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Orientadora de Iniciação Científica. Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva-LADSSC/UNESC. E-mail: miradagostin@gmail.com

**Fabiane Ferraz**

Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva-LADSSC/UNESC. E-mail: olaFerraz@gmail.com

**Karina Cardoso Gulbis Zimmerman**

Mestre. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: karina@unesc.net

**Luciane Bisognin Ceretta**

Doutora. Pró-reitora de Pesquisa e Extensão. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva-LADSSC/UNESC. E-mail: luk@unesc.net

### **RESUMO**

**Introdução:** a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde(PNEPS) foi criada em 2003 e desde então sofreu avaliações sendo orientada por duas portarias, a primeira - Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004(BRASIL, 2004) e, a segunda, ainda em vigor, trata-se da Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007(BRASIL, 2007). Tais portarias apresentam as diretrizes para implantação e implementação da PNEPS em âmbito locorregional. As ações de Educação Permanente em Saúde(EPS) têm como finalidade produzir mudanças na gestão, atenção, formação, participação social em saúde, modificando os processos de trabalho no Sistema Único de Saúde, promovendo a integração dos processos de desenvolvimento de pessoas, numa perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial(CECCIM, 2005). Resgatar a história da PNEPS de uma região é relevante para dar visibilidade e dizibilidade ao que já foi construído pelo coletivo de atores sociais que participaram dos processos. **Objetivo:** identificar como se organizavam os Pólos de Educação Permanente em Saúde e como ocorreu sua transição para Comissões de Integração Ensino-Serviço na região. **Método:** trata-se da primeira etapa de uma pesquisa histórica, realizada em base documental, a partir da coleta de dados registrados em ofícios, declarações, atas, projetos e relatórios. O cenário da pesquisa é a Região Carbonífera, composta atualmente por 12 municípios. Os dados foram analisados a partir de uma abordagem descritiva. Os preceitos éticos foram respeitados, guardando sigilo dos nomes que aparecem nos documentos. **Resultados e Discussão:** a Região Carbonífera tem uma trajetória histórica de luta pela instituição de propostas de EPS. Estruturou oficialmente em 29 de setembro de 2003, o Pólo de Educação Permanente em Saúde,

seguindo as diretrizes preconizadas na Portaria 198/04 da PNEPS, tendo representantes dos 10 municípios de abrangência da região na época, 1 representante dos Conselhos Municipais de Saúde, 1 Gerência Regional de Saúde (GERSA), 1 representante das Escolas Técnicas, 2 Representantes das categorias profissionais da área da saúde; 2 representantes da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC); 1 representante dos hospitais. A coordenação geral do Pólo ficou sob responsabilidade da GERSA e coordenação adjunta da UNESC, sendo que possuía uma secretária contratada para desenvolver as atividades nessa instância. Ainda em setembro 2003, houve a formulação do Regimento Interno do Pólo. Em outubro do mesmo ano as secretarias municipais de saúde da região fizeram um levantamento das necessidades de EPS para os municípios. Em novembro de 2003 foi aprovado em todas as instâncias estaduais responsáveis pela PNEPS, sendo encaminhado para a SGTES/MS o projeto “Educação Permanente em Tecnologias de Planejamento Participativo em Saúde”, desenvolvido no período de 2 anos pela UNESC a todos os municípios da Região Carbonífera. Em junho de 2004, foi adquirido mobiliário e equipamentos para composição da sede do pólo que se instituiu na GERSA. Frente a articulação e envolvimento com as questões de EPS, quando o MS lançou a estratégia de Formação de Facilitadores em Processos de EPS, a região formou 19 facilitadores, os quais em sua maioria atuam como articuladores da EPS em seus municípios. Ainda, na época dos Pólos, a região teve mais projetos aprovados atendendo as necessidades levantadas pelos municípios, sendo eles: “Sensibilização para Trabalhadores em Saúde da Família” – cerca de 500 participantes; Curso de Especialização em Regulação e Saúde - Área de Concentração: Controle, Avaliação e Auditoria, participaram 37 profissionais da região; Curso de Especialização em Saúde Coletiva - Área de Concentração: Saúde da Família, participaram 38 profissionais. Visto o Pólo de EPS ser uma instância atuante na região carbonífera, a transição das diretrizes da Portaria 198/04 para a Portaria 1.996/07 ocorreu de um modo natural, sendo que ao ser instituída a atual portaria, no mesmo ano os atores sociais se organizaram para compor as Comissões de Integração Ensino-Serviço da Região Carbonífera, atuando junto com Comissões Intergestores Regional na definição de ações de EPS para a região. **Considerações Finais:** a transição do arranjo organizacional da PNEPS proposta na Portaria 198/04 para a 1.996/07 na região carbonífera respeitou a história da EPS na região e considerou o protagonismo dos atores envolvidos, pois a CIES tem autonomia para definir a estruturação e organização das ações aos municípios da região. Salienta-se a necessidade de realização da 2ª etapa da pesquisa a fim de dar voz aos atores da PNEPS na região.

**Palavras-chave:** Educação continuada; Pesquisa histórica; Política de Saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria GM/MS no 198/04, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: 2004.

BRASIL. **Portaria GM/MS no 1.996/07, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: 2007.

**CECCIM, RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. v. 9, n. 16, p.161-168, 2005.**

## **EIXO 5 – EPIDEMIOLOGIA E ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE**

---

## AUTOPERCEPÇÃO E CONDIÇÃO DE SAÚDE FÍSICA DE UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS

Bruna Laís Brognoli

Graduanda em Fisioterapia, Universidade do Vale do Itajaí/SC, e-mail: bruna.brognoli@gmail.com

Isadora Fernandes Knoch

Graduanda em Fisioterapia, Universidade do Vale do Itajaí/SC, e-mail: doree\_@hotmail.com

Simone Beatriz Pedrozo Viana

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho, Univali, Universidade do Vale do Itajaí/SC, e-mail: sviana@univali.br

### RESUMO

Envelhecer é um processo natural e fisiológico, acompanhado da diminuição progressiva da reserva funcional e não raro da manifestação de doenças crônicas degenerativas não transmissíveis. Este estudo teve por objetivo analisar a condição de saúde física dos idosos da cidade de Itajaí/SC, a partir da sua auto-percepção. Trata-se de estudo transversal no qual participaram 199 idosos do bairro Fazenda, município de Itajaí, adscritos a Equipe Saúde da Família nº 27. A população foi avaliada através de inquérito domiciliar, utilizando um questionário multidimensional, Brazil Old Age Schedule (BOAS). A maioria dos participantes é do sexo feminino e baixa escolaridade. 65,83% consideram-se satisfeitos quanto a saúde física. 85% dos entrevistados citaram a presença de patologia associada, prevalecendo a hipertensão arterial sistêmica. Quanto a capacidade funcional referem bom desempenho para atividades do cotidiano, deslocamento, alimentação, higiene e vestuário. Os achados evidenciam uma população ativa socialmente.

**Palavras-chave:** Idosos; Capacidade funcional; Condição de Saúde.

### ABSTRACT

Olding is a natural physiological process, accompanied by a progressive decrease in functional reserve and often the manifestation of non-communicable chronic degenerative diseases. This study sick to analyze the condition of physical health of the elderly in the city of Itajaí / SC, from their self - perception. This sectional study in which participated 199 elderly, analyze peoples located in the neighborhood "farm", ascribed Team Family Health 27, in Itajaí. Population was assessed using a questionnaire, using a multidimensional questionnaire, Brazil Old Age Schedule (BOAS). Most participants were female with low school levels. 65.83 % were satisfied as physical health. 85 % of respondents cited the presence of pathology associated with prevalence of hypertension. About the functional capacity, they relate a good performance to everyday activities, like as: travel, eat, hygiene and clothing. The population was considered socially active.

**Keywords:** Elderly; Functional Capacity; Health Condition.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo sequencial, que pode ser entendido como a consequência da passagem do tempo ou como o processo cronológico pelo qual um indivíduo se torna mais velho, característico a todas as espécies. Este processo acaba tornando o indivíduo mais vulnerável, podendo então, estar mais suscetível as consequências da degeneração, tendo como principal resultado a incapacidade funcional (Brasil, 2006).

Segundo Nasri (2008), o envelhecimento populacional é o principal fenômeno demográfico do século 20. Em 2050, este grupo etário deverá corresponder cerca de 19% da população brasileira. Na mesma década, idosos com 80 anos ou mais, corresponderão, a aproximadamente 28% da população, levando em conta, que esse processo gradual será devido à diminuição da taxa de natalidade junto à taxa de mortalidade, resultando no crescimento gradual do envelhecimento da população brasileira.

O aumento da expectativa de vida média da população brasileira em cerca de 25 anos, nos últimos 50 anos, não veio acompanhado de grandes melhorias na qualidade de vida dos idosos. Ao contrário, frequentemente idosos acabam desenvolvendo incapacidades funcionais provenientes de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis. Assim, a tendência atual é o aumento dessa faixa etária, que apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas, levando a maior prevalência da incapacidade funcional (Brasil, 2007).

Para Rabelo; Cardoso (2007) a incapacidade funcional é comumente definida como a restrição da capacidade do indivíduo de desempenhar atividades normais da vida diária e quantifica o impacto de doenças na qualidade de vida das pessoas. Refere-se também a limitações específicas no desempenho de papéis socialmente definidos e de tarefas dentro de um ambiente sociocultural e físico particular.

Neste contexto estão incluídas as atividades básicas (AIVDS) e instrumentais de vida diária (AIVDS), representadas pelas funções elementares ou básicas para a sobrevivência, como: alimentar-se, manter a continência urinária e fecal, transferir-se, usar o banheiro, vestir-se e banhar-se. As AIVDS refletem a capacidade dos idosos de se adaptar ao seu meio e incluem atividades variadas, como usar o telefone, fazer compras, preparar as refeições, arrumar a casa, lavar roupa,

usar transporte, tomar remédio, tomar conta do orçamento e caminhar, atividades essenciais para a manutenção da independência (Paschoal, 2007).

Considerando que capacidade funcional é um importante indicador do estado de saúde dos idosos e seu declínio está associado à mortalidade neste grupo etário, justifica-se a avaliação da condição de saúde dos idosos, visto que o comprometimento da autonomia e a dependência funcional poderão gerar decréscimo no bem estar geral dos idosos e dificuldades para a família e para a sociedade (Del Duca et al, 2009).

Este estudo por objetivo analisar a condição de saúde dos idosos moradores do bairro fazenda, do município de Itajaí, adscritos à equipe 27, segundo a percepção deles, considerando os aspectos físicos, a presença de morbidades e a capacidade funcional, utilizando o instrumento de avaliação multidimensional já validado para o Brasil - Brazil Old Age Schedule (BOAS) e adaptado para a realidade brasileira pelo professor Renato veras da universidade estadual do rio de janeiro (UERJ).

O boas é composto por 9 seções, com 133 questões e têm como objetivo assegurar informações sobre as principais características sócio-demográficas, condições de vida, necessidades e problemas que afetam a população idosa, neste estudo foram utilizados apenas os dados referentes as informações gerais, desempenho nas atividades de vida diária, e aspectos da saúde física.

A importância de pesquisar a auto percepção de saúde, justifica-se pela importante associação que se estabelece com a mortalidade, ou seja, compreender os fatores que no olhar da população, afetam seu estado de saúde, permite a modulação destes indicativos.

## **METODOLOGIA**

Estudo do tipo descritivo, de delineamento transversal e caráter quantitativo, realizado com idosos que moram no bairro Fazenda do município de Itajaí e que se encontravam adscritos a Unidade Básica de Saúde, equipe 27, no período de agosto a novembro de 2011.

O estudo iniciou pelo mapeamento da área de abrangência da equipe 027 da Unidade Básica de Saúde do Bairro Fazenda e levantamento inicial dos idosos cadastrados no SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. Dos 426 idosos



cadastrados, foi selecionada uma amostra aleatória de 237 idosos, distribuídos entre as 7 micro áreas que compõem a grande área. Ao final do estudo 199 pessoas participaram da pesquisa.

Dentre os motivos que justificam a diferença entre a previsão inicial e a quantidade total dos participantes estão óbito, mudança de endereço, ausência dos idosos, no domicílio, no período da coleta e a não aceitação em participar da pesquisa.

Como critério de inclusão estabeleceu-se a participação de pessoas com idade acima de 60 anos que aceitassem assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e como critérios de exclusão a recusa em participar da pesquisa, não serem encontrados em seus domicílios no período da coleta de dados e a ocorrência de comprometimento cognitivo que impossibilitasse responder o questionário.

Os dados foram recolhidos no habitat natural da população alvo, ou seja, no domicílio dos participantes a partir da aplicação do questionário multidimensional BOAS. Ressalta-se, ainda que este estudo está vinculado a um projeto guarda-chuva já aprovado junto a CEP Univali, sob parecer nº 496/10 e que todos os princípios éticos foram obedecidos.

Para análise dos dados foram utilizadas técnicas de procedimento estatístico e os resultados apresentados sob forma de tabelas com distribuição de frequência simples e discutidos na linguagem descritiva.

O relatório final da pesquisa foi entregue a Coordenação da Unidade Básica de Saúde da Fazenda, com o intuito de subsidiar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças a serem desenvolvidas pela equipe da ESF com o objetivo de melhorar o cuidado da pessoa idosa.

## **RESULTADOS**

Dos 199 idosos participantes do estudo, 134 são do sexo feminino e 65 do sexo masculino, as idades variam de 60 a 91 anos, com frequência maior no grupo etário de 60 a 69 anos para ambos os sexos. Apenas uma pessoa não quis revelar a idade.

Na tabela 1 encontram-se descritas as características sócio-demográficas, tendo sido observado a predominância da escolaridade primária tanto no sexo masculino como feminino, seguido pelo analfabetismo entre as mulheres, assim como a maior prevalência de viuvez na população feminina. A maioria dos idosos são

brasileiros, apenas um indivíduo é estrangeiro, 85% são catarinenses, 5% são provenientes do Rio Grande do Sul, 3% de São Paulo, 3% do Paraná e os demais de outros estados como Bahia, Ceará, Minas Gerais e Rio de Janeiro.

No arranjo domiciliar 13,06% dos idosos informou morar sozinho, em relação às pessoas com as quais residiam foram citadas as mais diversas composições, 30% moravam com esposo (a) ou companheiro (a), 20% com outros parentes, 16% com filhos, 15% com filhas e 14% com netos.

Por vezes também ocorreram casos de idosos residirem com mais de uma pessoa, por isso preferiu-se agrupar a informação classificando como mora acompanhado (86,93%) e mora sozinho (13,06%).

Tabela 1– Características sócio-demográficas dos idosos participantes do estudo segundo sexo (faixa etária – estratos), escolaridade, estado conjugal, arranjo domiciliar, apresentados em distribuição de frequência.

<b>Características Sócio-demográficas</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b><i>Faixa etária</i></b>			
60 - 69	50	51	50,25
70 - 79	35	41	37,19
80 - 89	12	8	10,55
90 +	2	-	1,51
<b><i>Escolaridade</i></b>			
Analfabeto	21	11	17,58
Primário incompleto	7	14	9,54
Primário completo	55	41	50,25
Ginásio ou 1º grau	10	20	13,56
2º grau completo	2	9	4,02
Curso Superior	5	5	4,02
<b><i>Estado Conjugal</i></b>			
Casado/mor. junto	45	85	57,78
Viúvo (a)	42	8	30,65
Divorciado/separado (a)	6	6	6,53
Solteiro	6	1	5,02
<b><i>Arranjo Domiciliar</i></b>			
Mora sozinho	17,1	4,6	13,06
Mora acompanhado	82,9	95,4	86,93

Fonte: Tabela de autoria das pesquisadoras, baseada na coleta dos dados.

Quanto a auto percepção sobre a condição de saúde, 65,83% dos idosos mostraram-se satisfeitos acerca dos aspectos biológicos, incluindo questões relacionados a visão, audição e dentição, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 – Percepção dos idosos quanto ao seu estado de saúde segundo sexo, apresentado na forma de distribuição de frequência.

<b>Características</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Percepção de saúde</b>			
Ótima	10	11	10,55
Boa	66	66	65,83
Ruim	19	14	17,09
Péssima	4	6	5,03
NS/NR	1	3	1,51
<b>Visão</b>			
Ótima	6	8	6,53
Boa	60	65	61,81
Ruim	29	20	26,13
Péssima	5	6	5,03
NS/NR	-	1	0,5
<b>Audição</b>			
Ótima	34	31	32,66
Boa	51	54	51,26
Ruim	15	11	13,07
Péssima	-	4	1,51
<b>Estado dos dentes</b>			
Ótimo	3	5	3,52
Bom	78	66	73,87
Ruim	15	17	15,58
Péssimo	4	12	7,04
<b>Problemas na mastigação</b>			
Sim	28	28	28,14
Não	72	72	71,86

Fonte: Tabela de autoria das pesquisadoras, baseada na coleta dos dados.

Para ambos os sexos, a visão foi percebida como ótima/boa, alcançando 64,34% da população. Já os que classificaram a visão como comprometida, afirmaram que o problema atrapalhava nas atividades do cotidiano, mas que não chega a ser algo incapacitante.

Boa parte dos entrevistados que se auto percebem com bom estado de saúde, utilizavam tecnologias assistivas, tais como óculos e próteses dentárias, outros ainda utilizavam aparelhos auditivos, mesmo assim relatavam apresentar boa visão, audição e saúde bucal, provavelmente por terem incorporado o uso das órteses, considerando-as natural no processo do envelhecimento.

Sobre os problemas de saúde que interferem na condição de saúde 85% citou a presença de patologias. Dentre as de maior frequência destacam-se a hipertensão arterial sistêmica com 58,79% e diabetes mellitus 26,63%. Na sequência apareceu a disfunção da tireoide, hipertireoidismo e hipotireoidismo, contudo, a patologia foi citada apenas pelas mulheres, assim como a osteoporose.

Patologias reumáticas, cardíacas, problemas na coluna e disfunção labiríntica são outras patologias que aparecem em evidência, porém em porcentagem menor, conforme evidenciado na tabela 3.

Tabela 3 – Principais patologias que interferem na condição de saúde dos idosos.

Patologias	Feminino		Masculino		Total
	n	%	n	%	n
Reumatismo	25	10	3	5	28
Hipertensão Arterial	84	33	33	49	117
Coluna	20	8	3	4,5	23
Problemas Cardíacos	10	4	3	4,5	13
Labirintite	11	4	1	2	12
Colesterol	31	12	7	10	38
Problemas de Tireóide	16	16	-	-	16
Diabetes	36	14	17	25	53
Osteoporose	23	9	-	-	23

Fonte: Tabela de autoria das pesquisadoras, baseada na coleta dos dados.

Com relação a capacidade funcional, os idosos de uma forma geral relataram bom desempenho, tanto nas atividades relacionadas a independência física quanto as realizadas no tempo livre, demonstrados nas tabelas 4 e 5.

Chamaram atenção, no entanto, os elevados índices de dificuldade para sair de casa utilizando um meio de transporte público, seja ele, ônibus, táxi, metrô e outros; A incapacidade de cortar as unhas dos pés sozinhos, tarefa considerada simples, também foi considerada difícil em boa parte da população e segundo relatos dos mesmos, o fato se deve a encurtamentos musculares, dores na coluna, rigidez articular e fraqueza muscular, sendo assim, a tarefa acaba sendo realizada por algum familiar ou cônjuge.

Tabela 4– Distribuição de frequência das respostas relacionadas à capacidade funcional, considerando a capacidade de realizar atividades de vida diária.

Atividade	Sim		Não	
	n	%	n	%
Sair de casa utilizando um transporte	104	52	95	48
Sair de casa dirigindo seu próprio carro	39	20	160	80
Sair de casa para curtas distâncias	174	87	25	13
Preparar sua refeição	160	80	39	20
Comer sua refeição	189	95	10	5
Arrumar a casa, arruma a sua cama	169	85	30	15
Tomar seus remédios	169	85	30	15
Vestir-se	195	98	4	2
Pentear seus cabelos	193	97	6	3
Caminhar em superfície plana	195	98	4	2
Subir/descer escadas	185	93	14	7
Deitar e levantar da cama	197	99	2	1
Tomar banho	191	96	8	4
Cortar as unhas dos pés	125	63	74	37
Ir ao banheiro em tempo	183	92	16	8

Fonte: Tabela de autoria das pesquisadoras, baseada na coleta dos dados.

Logicamente a questão que mais se destacou foi a relacionada com a incapacidade do idoso sair de casa dirigindo seu próprio carro, correspondendo a 80% das respostas, considerado esperado para esta população, em função da idade avançada de alguns idosos, da predominância do sexo feminino e das condições sociais.

O instrumento de pesquisa também questionava sobre a capacidade de realizar tarefas de casa como limpeza, arrumação, ou dar recados quando necessário, neste item 69% dos idosos manifestaram-se como dependentes de auxílio. E quando questionados sobre quem os ajudavam a realizar as atividades, as respostas variaram entre: esposo (a)/companheiro (a), filho, filha, outras pessoas da família, um empregado ou outra pessoa (netos ou outros parentes).

Quando questionados em relação a satisfação das atividades desempenhadas durante o tempo livre, 96% relataram estar satisfeitos e apenas 4% insatisfeitos, sendo os principais motivos dessa insatisfação problemas de saúde e falta, desânimo.

Dentre as atividades de maior prevalência realizadas pelos idosos no tempo livre percebe-se que há restrição em relação as questões relacionadas a passeios longos, como excursões e encontros sociais ou comunitários, prática de

esporte, entretenimento cultural como teatro e cinema e até mesmo no que se refere ao acesso a informação escrita, como jornais, livros e revistas, esta realidade coaduna-se com as questões sociais, culturais e de acesso da população pouco favorecida de recursos financeiros.

Tabela 5 – Características dos idosos em relação as atividades realizadas notempo livre.

<b>Atividades</b>	<b>SIM</b>		<b>NAO</b>	
	n	%	n	%
Ouve Rádio	96	48	103	52
Assiste televisão	170	85	29	15
Lê jornal	73	37	126	63
Lê revistas e livros	98	49	101	51
Recebe visitas	167	84	32	16
Vai ao cinema, teatro	49	25	150	75
Anda pelo seu bairro	160	80	39	20
Vai a igreja	154	77	45	23
Vai a jogos	16	8	183	92
Pratica algum esporte	34	17	165	83
Faz compras	158	79	41	21
Sai para visitar amigos	134	67	65	33
Sai para visitar parentes	148	74	51	26
Sai para passeios longos	90	45	109	55
Sai para encontro social ou comunitário	94	45	116	55
Costura, borda ou tricota	63	32	136	68
Faz alguma atividade para se distrair	86	43	113	57
Outros	51	26	148	74

Fonte: Tabela de autoria das pesquisadoras, baseada na coleta dos dados.

As atividades realizadas no tempo livre nem sempre se constituem como lazer, identificam-se sim com uma rotina de acesso fácil, sem custos e próximo às residências. Nota-se também, a íntima relação dos entrevistados, com a religião, configurando como uma das atividades mais praticadas no tempo livre.

## DISCUSSÃO

As características sócio demográficas dos idosos que participaram deste estudo assemelham-se as encontradas por Bertoldo; Borges (2012) e Erthal; Domingos (2012), também na cidade de Itajaí, com idosos residentes em outros

bairros, tanto no que refere a prevalência da faixa etária, a predominância de mulheres viúvas, a baixa escolaridade e ao arranjo familiar, mostrando que há um número maior de mulheres morando sozinhas, em comparação com os homens.

A baixa escolaridade, segundo relatos dos próprios entrevistados, deve-se ao fato de que durante a infância destes indivíduos não era preconizada a educação e sim o trabalho como maneira de ajudar a família. Os trabalhos rurais foram os mais citados, devido à moradia em regiões rurais.

Na população feminina o analfabetismo de 21%, o dobro dos homens, pode ser explicado pelas questões culturais do século passado, aonde a educação para as mulheres não era encarada com a mesma prioridade que para os homens. As mulheres cabiam a administração do lar, tarefa para a qual a educação não era fundamental e aos homens o papel de provedor, portanto de competição externa a casa, locus onde a educação era fator fundamental para o sucesso.

Estudo etnográfico realizado em Florianópolis, por Leite (2003), revelou que às mulheres era destinado o casamento e procriação e que em face da função de mãe e esposa não precisavam estudar nem trabalhar fora, pois isto era coisa para os homens.

Abstraindo-se a distinção de gêneros o nível educacional era baixo refletindo um conceito da época e no nosso ponto de vista, a permanência desta situação deve-se a falta de acesso e incentivo da população idosa aos bancos escolares. O Brasil dispõe de escolas destinadas às crianças, aos jovens e, até mesmo, aos adultos, porém, não há escolas destinadas aos idosos, que atendam especificamente às necessidades e peculiaridades destes indivíduos (PERES, 2009).

Segundo Peres (2011), este fato ocorre devido ao resultado de um país capitalista, no qual educar idosos gera apenas gastos e não mais retornos financeiros ao governo.

Este estudo, tal como outros, também evidenciou a feminilização da população idosa, podendo ser justificada pelo maior cuidado que as mulheres têm com a saúde e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que mantém a saúde da mulher em constante vigilância (GOMES, 2011). De outro lado, os homens apresentam condições mais severas e crônicas de saúde do que as mulheres e morrem mais cedo do que elas (GOMES, et al, 2007).

De forma geral, os participantes deste estudo demonstraram auto estima elevada no que se refere a percepção sobre a sua saúde, aproximadamente 75% dos

idosos consideram seu estado ótimo e bom, assim como também se auto avaliaram em melhores condições em comparação com os últimos 5 anos e quando comparado a outras pessoas da mesma idade, apesar de citarem a presença de patologias. Carvalho (2012) diz que a auto-percepção é um importante indicador da situação global do indivíduo que gera impacto no bem-estar físico, social e mental. Freitas (2010) afirma que a auto percepção de saúde recebe a influência de múltiplas áreas: aspectos demográficos, socioeconômicos, estado de saúde física e capacidade funcional.

Estudos realizados em Florianópolis, no ano de 2007, e em Minas Gerais em 2012, também concluíram que a percepção positiva da condição de saúde dos idosos, supera de forma significativa relatos de estado ruim e muito ruim em ambos os sexos (BENEDETTI; MELLO; GOLÇAVES, 2007 e CARVALHO et al., 2012).

Das patologias referidas pelos idosos sobressaíram-se Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes, confirmando a prevalência destas doenças no cenário nacional. Gonjito, et al (2012), afirma que há um aumento significativo de doenças crônico-degenerativas, entre elas hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus e que o recurso medicamentoso tem sido o mais utilizado entre os idosos. Há também grande preocupação com a presença destas morbidades, pois configuram como importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, aumentando os índices de letalidade na população idosa.

A disfunção nas taxas de colesterol juntamente com a osteoporose também foi referida pelos idosos deste estudo. Estes eventos podem acarretar danos severos para a saúde seja pelo risco que representam para as doenças cardiovasculares, tanto quanto pela a redução na massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, levando à fragilidade óssea e consequente predisposição à fraturas por uma série de fatores intrínsecos e extrínsecos(CARVALHO et al, 2004; BERGMANN, 2011).

Esta realidade compromete diretamente a qualidade de vida dos idosos e o sistema público de saúde de forma geral, pois a população acaba consumindo mais serviços de saúde. Em geral, as doenças dos idosos perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, além de intervenções contínuas. As internações hospitalares também tornam-se mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias (GÓIS; VERAS, 2010).



A dimensão saúde física também incluía questões relacionadas a visão, audição e saúde bucal, itens avaliados como bons em mais de 60% dos idosos. Especificamente quanto a visão, cerca de 31% se auto referiu ruim e péssima. Segundo o Ministério da Saúde, o processo natural de envelhecimento associa-se à uma redução da capacidade visual devido às alterações fisiológicas das oculares, déficit de campo visual e doenças de retina. Cerca de 90% das pessoas idosas necessitam do uso de lentes corretivas para melhorar sua condição visual (BRASIL, 2007).

É possível, porém que o fato da visão estar diminuída para alguns idosos, não tenham grande impacto, porque as necessidades de leitura pouco aparecem nessa população, tendo em vista a baixa escolaridade. No entanto, a audição e a dentição apresentam-se de extrema importância, tendo em vista a necessidade para as atividades do cotidiano e as funções alimentares.

Um terço das pessoas idosas refere algum grau de declínio na condição auditiva. Muitas vezes, o idoso pode não perceber essa perda e, por essa razão, não referi-la (BRASIL, 2007).

Outra questão que merece ser discutida é a assistência pública odontológica prestada aos idosos, a qual precisa ser incrementada, mas é fundamental a identificação da auto percepção de sua condição bucal. Martins, et al (2010) acredita que este deve ser o primeiro passo para a elaboração de programas que incluam ações educativas voltadas para o autocuidado, além de ações preventivas e reabilitadoras.

Quanto a capacidade funcional dos idosos pode-se dizer que referem bom desempenho funcional e classificam-se como população independente nas atividades de vida diária e ativa socialmente. Muito embora as relações sociais estejam mais restritas aos espaços próximos as suas residências, no convívio com vizinhos, familiares e grupos comunitários e religiosos.

Benedetti, Mazoe Borges(2012) afirmam que a participação de idosos em grupos de convivência auxilia a afastar a solidão e propiciar amizades, aumenta a autoestima e melhora a integração com familiares, resgatando valores pessoais e sociais, associado ainda à possibilidade da adoção de um estilo de vida mais ativo, já que nesses grupos são realizadas atividades variadas.

Para Duarte e Wanderley (2011) a religião é identificada como fonte de significação da vida, bastante apropriada na velhice, momento em que surgem muitas questões existenciais.

## CONCLUSÃO

Estudar a condição de saúde dos idosos a partir de aspectos multidimensionais evidenciam interações biopsicossociais que se refletem na qualidade de vida desta população. Há muitas realidades que se revelam quando se tem a oportunidade de realizar inquéritos domiciliares, aquela que ao nosso olhar parece ser a de maior relevância, como por exemplo, as condições de estrutura física, de higiene e do acesso aos bens e serviços e aquela que se identifica com as necessidades do próprio indivíduo, e que é fruto da cultura e das condições sociais em que está inserido.

## REFERÊNCIAS

- BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; GONCALVES, Lúcia Hisako Takase. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, Dec. 2007 . Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?>>. Acesso em: 05 Nov. 2012.
- BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; MAZO, Giovana Zarpellon; BORGES, Lucélia Justino. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, Aug. 2012 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em 20 de dez. de 2012.
- BERGMANN, Mauren Lúcia de Araújo et al . Colesterol total e fatores associados: estudo de base escolar no sul do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 97, n. 1, July 2011 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 06 Nov. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília. n. 19. 2007. Disponível em: <<http://docs.thinkfree.com/docs/view.php?dsn=860193>>. Acesso em: 15 abr. 2011.
- CARDOSO, J. H.; COSTA, J. S. D. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. V. 15, n. 6. Set. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso: em 03 maio 2011.

CARVALHO, Cecília Maria Resende Gonçalves de; FONSECA, Carla Cristina Carvalho; PEDROSA, José Ivo. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, June 2004 . Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?>>. Acesso em: 05 Nov. 2012.

CARVALHO, Fabrício Franco et al . Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2012 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> . Acesso em: 05 Nov. 2012.

DEL DUCA, G.F. ET AL. INCAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS. **REV SAÚDE PÚBLICA** 2009;43(5):796-805 .

DUARTE, F.M.; WANDERLEY, K.S. RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE DE IDOSOS INTERNADOS EM UMA ENFERMARIA GERIÁTRICA. **PSIC.: TEOR. E PESQ.**, Brasília, v. 27, n. 1, Mar. 2011 . DISPONÍVEL EM <[HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?](http://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?)> . ACESSO EM 20 DE DEZ. DE 2012.

FREITAS, Daniela Helena Machado de et al . Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 37, n. 1, Jan. 2010 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>> . access on 06 Nov. 2012.

GOIS, Ana Luzia Batista de; VERAS, Renato Peixoto. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, Sept. 2010.

GOMES, Romeu. Desafios da atenção à saúde integral da mulher. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, May 2011. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000500001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 Nov. 2012.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Mar. 2007 Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 Out. 2012.

GONTIJO, Mônica de Fátima et al . Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, July 2012 . Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?>> . Acesso em: 07 Nov. 2012.

LEITE, Rosalina de Santa Cruz. Brasil Mulher e Nós Mulheres: origens da imprensa feminista brasileira. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 11, n. 1, June 2003 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 27 Mar. 2013.

MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima et al . Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, Oct. 2010 . Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 29 Out. 2012.

NASRI, F. **O envelhecimento populacional no Brasil** 2008;6 (Supl 1):S4-S6 Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2011.

PASCHOAL, S.M.P. **AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA**. IN: PAPALÉO NETTO M. TRATADO DE GERONTOLOGIA. SÃO PAULO: ATHENEU; 2007. P. 313-23.

PERES, Marcos Augusto de Castro. "A educação de jovens e adultos e o analfabetismo entre idosos no semi-árido nordestino: velhice e exclusão educacional no campo" **Revista de Educação e Ciências Humanas**, Belo Horizonte/MG, n. 10, ano V, out, 2009. Disponível em: <http://www.verinotio.org/conteudo/0.4487509964488.pdf> Acesso em: 29 Out. 2012.

PERES, Marco Aurélio et al . Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil.**Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, Oct. 2010 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso 08 May 2013.

RABELO, D. F.; CARDOSO, C.M. Auto-Eficácia, Doenças Crônicas E Incapacidade Funcional Na Velhice. **Psico-USf**, V. 12, N. 1, P. 75-81, Jan./Jun. 2007. Disponível Em <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n1/v12n1a09.pdf>

## PÉ PLANO NA INFÂNCIA: LIMITES TEMPORAIS ENTRE O FISIOLÓGICO E AS DISFUNÇÕES LOCAIS E ASCENDENTES

Amanda de Mattos Machado

Fisioterapeuta Graduado(a) pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, SC. Brasil.

Aires Mondardo Junior

Fisioterapeuta Graduado(a) pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, SC. Brasil.

Evelin Vicente

Fisioterapeuta, Doutora em Neurociências pela UFRGS, Professora do Curso de Fisioterapia da UNESC, Laboratório de Biomecânica - LABIOMEC, Criciúma, SC. Brasil.

Willians Cassiano Longen

Fisioterapeuta, Doutor em Ciências da Saúde pela UNESC, Professora do Curso de Fisioterapia da UNESC, Laboratório de Biomecânica - LABIOMEC, Criciúma, SC. Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar as características estruturais do arco plantar de crianças firmando relações entre o Índice Plantar e a progressão da idade. **Método:** Foram avaliadas 97 crianças de 1 a 9 anos de idade dividindo-as em 3 grupos, grupo 1: 1 a 3 anos de idade; grupo 2: 4 a 6 anos de idade; grupo 3: 7 a 9 anos de idade, no total de 194 pés, sendo 50 do sexo feminino e 47 do sexo masculino. Realizou-se a coleta de dados constando: identificação, sexo, idade e avaliação plantar utilizando o plantígrafo. **Resultados:** Os resultados encontrados em relação à morfotipologia destes 194 pés avaliados mostram que com o avanço progressivo da idade ocorre uma redução do pé plano, ou seja, um aumento do arco plantar. Aspecto que mostrou diferença estatística significativa ( $p < 0,001$ ) entre todas as faixas etárias quando comparadas entre si. A faixa etária que apresentou média compatível com pé plano foi dos anos iniciais de idade, entre 1 e 3 anos, grupo 1. **Conclusão:** Os resultados mostraram que o aumento do arco plantar ocorre a partir dos 4 anos de idade.

**Palavras-chave:** Arco plantar; Plantígrafo, Pés; Fisioterapia; Ortopedia.

### ABSTRACT

**Objective:** Analyze the structural characteristics of the plantar arch of children establishing relations between the Plantar Index and the age progress. **Method:** It was evaluated 97 children from 1 to 9 years old divided in 3 groups (group 1: 1 to 3 years old; group 2: 4 to 6 years old; group 3: 7 to 9 years old), in a total of 194 feet, being 50 female and 47 male. It was collected data, consisting of: identification, sex and age and plantar evaluation using the footprinting mat. **Results:** The results founded in relation to morphotipology of these 194 feet evaluated show that the advancement of age reduces the flat foot causing a increase of the plantar arch. The aspect that demonstrate significant statistic difference ( $p < 0,001$ ) between every age when compared together. The age that presented compatible average with flat foot was in the initial ages, between 1 to 3 years old. **Conclusion:** The results has shown that the increase of the plantar arch begins at the age of 4.

**Keywords:** Plantar Arch; Footprinting mat; Feet; Phisiotherapy; Orthopedy.

## INTRODUÇÃO

As extremidades inferiores do corpo humano crescem a partir de dois pequenos brotos que surgem na parede ventrolateral do embrião entre a 5ª e 6ª semana de gestação.

O pé assume uma deformidade em valgo durante o apoio na marcha, devido à frouxidão dos ligamentos, com eversão no calcanhar e abdução do antepé, formando a queda do arco longitudinal medial. Quando não está suportado o peso do corpo, o pé readquire o seu contorno normal. Raramente a criança refere dor ou algum tipo de limitação funcional (PUCCINI, HILÁRIO, 2008).

As alterações estáticas posturais dos pés têm sido um dos temas mais discutidos na ortopedia pediátrica. O pé plano com a presença do calcâneo valgo é causado por alterações congênitas da estrutura óssea levando a deformidades, sendo essa uma das morbidades mais frequentes do pé e que, conseqüentemente, pode gerar alteração da marcha. A diminuição do arco plantar longitudinal juntamente com pronação da articulação talocalcaneonavicular (TCN) resulta no pé plano (pé chato), que influenciará em uma rotação medial da tibia, afetando a articulação do joelho, posicionando-a em valgo. Pode ocorrer tensionamento dos ligamentos plantares e aponeurose plantar, alterando também o comprimento do membro inferior, se o acometimento for assimétrico (ALEXANDRE, 2001).

Segundo Engel e Staheli (1974) o arco plantar desenvolve-se no início da infância, sendo observável em média nos 4 anos de idade. Dessa forma, são esperados índices dos arcos plantares maiores em crianças mais novas e menores em mais velhas. Outros autores citam que o arco plantar possui maiores variações até os 7 anos de idade (CAVANAGH, 1987; RODRIGUEZ, 1997; SÁ, 2001).

O pé plano fisiológico, hipermóvel, decorrente da flacidez muscular e ligamentar normais da criança, tende a ajustar-se espontaneamente com o desenvolvimento do corpo, a perda da frouxidão ligamentar e a melhora da condição muscular. Deformidades como: joelhos varos ou valgos, escoliose, hiperlordose e hipercifose podem ser observadas com o passar do tempo através da má postura associada ao pé plano. Cerca de 97% das crianças que possuem pés planos flácidos

têm correção conforme o crescimento e em média 3% passam para a vida adulta com pés planos (SIZÍNIO, 2004).

O objetivo deste estudo foi analisar as características estruturais do arco plantar de crianças firmando relações entre o Índice Plantar e a progressão da idade.

## **METODOLOGIA**

Esta é uma pesquisa transversal e quantitativa, envolvendo a avaliação do arco plantar de crianças em 3 níveis etários.

Foram avaliadas 97 crianças de 1 a 9 anos de idade, 50 do sexo feminino e 47 do sexo masculino, divididas em 3 grupos, respectivamente G1- 1 a 3 anos, G2 - 4 a 6 anos, G3 - 7 a 9 anos. Não houve necessidade de exclusão de nenhum pé avaliado, perfazendo o total de 194 pés caracterizando: Grupo 1: 66 pés, Grupo 2: 62 pés e Grupo 3: 66 pés. O número aproximado de indivíduos por grupo comparativo foi intencional, visando distribuir amostra similar em cada uma das 3 faixas etárias eleitas. Todas as crianças incluídas estavam devidamente matriculadas em dois colégios de educação infantil do município de Criciúma no período de Setembro de 2013.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, com o número 458.429/13, sendo que todos os aspectos éticos previstos na Resolução 196/96 foram respeitados, incluindo o Termo de Consentimento dos pais ou responsáveis.

A impressão plantar foi obtida utilizando-se um plantígrafo da marca Podaly®. Foi feita a plantigrafia de ambos os pés, descalços, na fase de estação de um passo (BONTRAGER et al, 1997).

O posicionamento do plantígrafo foi padrão, no solo, em pavimento plano. Para a análise da morfotipologia plantar baseou-se no comprimento natural da passada, na marcha natural de cada criança. A plantigrafia registra as pressões exercidas pelos pés, individualmente, durante a realização de uma descarga de peso unipodal e estática com o pé descalço sobre o aparelho.

Os dados coletados foram organizados em planilhas do software IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0. Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância 0,05 e um intervalo de confiança de 95%.

Para a verificação da normalidade da distribuição das variáveis quantitativas, como índice plantar normal entre as faixas etárias foi aplicado o teste

de Shapiro-Wilk e para verificar a homogeneidade das variâncias foi utilizado o teste de Levene e comparando a média do índice plantar entre as faixas etárias foi realizado o teste Anova e em pares de grupo o teste de Tukey.

## RESULTADOS

Os resultados encontrados em relação à morfotipologia destes 194 pés avaliados mostram que com o avanço progressivo da idade ocorre uma redução do pé plano, ou seja, um aumento do arco plantar. Aspecto que mostrou diferença estatística significativa ( $p < 0,001$ ) entre todas as faixas etárias quando comparadas entre si.

A faixa etária que apresentou média compatível com pé plano foi dos anos iniciais de idade, entre 1 e 3 anos, como mostra a Tabela 1.

**Tabela 1.** Média do Arco Plantar nos Três Grupos Etários Avaliados

Idade(anos)	n*	Média±DP*	IC* 95%	Valor P*
1 a 3 anos	66	1,15 ± 0,22	1,10 - 1,21	≤ 0,001
4 a 6 anos	62	0,91 ± 0,27	0,84 – 0,98	≤ 0,001
7 a 9 anos	66	0,71 ± 0,24	0,66 – 0,77	≤ 0,001

Fonte: Dos pesquisadores, 2013.

Legenda: n\* Valor da amostra (pés avaliados); DP\* Desvio Padrão; IC\* Índice de Confiança; Valor P\* Valor de Significância.

O G1 mostrou que a média dos pés avaliados é de 1,15 e o desvio padrão  $\pm 0,22$ , o IC 95% 1,10 – 1,21. O G2 tem como média 0,91 e desvio padrão de  $\pm 0,27$  e IC 95% 0,84 – 0,98, o G3 apresentou média de 0,71, desvio padrão 0,24 e IC de 0,66 – 0,77.

## DISCUSSÃO

As crianças possuem frouxidão ligamentar e por isso o arco se achata quando a criança fica em ortostase. No entanto, um certo arco pode ser visualizado quando a criança senta com os pés pendentes ou permanece na ponta dos pés. Os pés calcâneosvalgos, mesmo que aparentemente corrigidos, devem ser observados no início da marcha, pois frequentemente dão origem a pés planos valgos que requerem tratamento ortopédico (MURAHOVSKI, 1998).



O pé calcâneo valgo e pé plano valgo são denominações diferentes para a mesma forma de defeito do pé, apenas com idade de manifestações diferentes (BOTTCHEER, 2005).

Em estudos Alexandre et al. (2004) cita em um modelo de avaliação físico-funcional da coluna vertebral a importância da atenção especial aos pés, avaliando-os em pé cavo ou pé plano, pois esta estrutura recebe todo o peso do corpo. Reforçando a ideia que anormalidades no pé, podem causar alterações funcionais não só em seguimentos proximais, assim como também em seguimentos distais.

A região plantar é composta de vários receptores sensoriais que detectam as pressões na pele e a tensão nas articulações do pé e do tornozelo. Desta forma, as características físicas dos mecanoreceptores são à base das sensações estatocinéticas que analisam a mobilidade das diferentes partes do corpo (RABISCHONG, 1996; ENJALBERT et al.1998).

Os receptores do sistema somatossensorial cutâneo são fundamentais na regulação, equilíbrio e coordenação da postura corporal. São compostos por vários órgãos terminais sensoriais localizados nas camadas superficiais da pele, camada subcutânea e membranas mucosas externas. São ativados por estímulos externos e informam ao sistema nervoso central sobre as alterações que ocorrem no meio externo. Esses receptores tendem a ser especialmente sensíveis a dor, temperatura, toque e pressão (SHUMWAY-COOK; WOOLLACOTT, 1995; CORREA, PEREIRA, 2005). Os receptores situados nos músculos e tendões são sensíveis à pressão ou à tensão. Os músculos do pé possuem uma função muito importante graças a dois tipos de mecanorreceptores: os Órgãos Tendinosos de Golgi (OTG) e os fusos musculares. O OTG é um receptor encapsulado pelo qual passa um pequeno feixe de fibras do tendão do músculo. É estimulado pela tensão produzida por esse pequeno feixe de fibras musculares e produz uma resposta quando a tensão muscular aumenta. Os OTGs dão ao sistema nervoso informações instantâneas sobre o grau de tensão em cada pequeno segmento do músculo (GUYTON, 2006). Os fusos musculares situam-se numa posição relativamente paralela as fibras musculares. Monitoram as alterações no comprimento muscular e a velocidade dessas alterações. Desempenham um papel vital no sentido de posição e movimento, e no aprendizado motor (O'SULLIVAN, 1993).

Estudos mostram que a marcha de crianças exibe um padrão maduro entre 3 anos e meio e 4 anos de idade quando consideradas as variáveis cinemáticas

angulares e variáveis espaço temporais normalizadas (SUTHERLAND et al., 1988; STOLZE et al., 1997; STANSFIELD et al., 2003).

A ausência do arco plantar é comum na criança ao início da marcha e vai iniciar a se esboçar com o crescimento, em especial após os três anos de idade (RODRIGUES, 2003). O arco longitudinal, na infância, apresenta variação a partir dos 4 anos de idade, essa relação permanece em torno de 0,75 e conforme o avanço da idade a criança diminui a incidência de pés planos (STAHELI, 1987).

O estudo realizado mostrou que a média do índice plantar em crianças de 1 a 3 anos de idade é 1,15 e nas crianças de 4 a 6 anos é de 0,91 e nas mais velhas de 7 a 9 anos o arco longitudinal é de 0,71. De acordo com os dados levantados, pode-se observar que o arco longitudinal tem prevalência em crianças mais velhas, obtendo menor grau em crianças mais novas. Sendo assim, encontrou prevalência estatística significativa de ( $p < 0,001$ ).

## CONCLUSÃO

A partir deste estudo podemos ver que o arco longitudinal apresenta uma progressão de sua formação com o passar dos anos das fases de desenvolvimento da criança. Especificamente a partir dos 4 anos de idade ocorre uma redução significativa do pé plano, com progressivo aumento do arco plantar. O desenvolvimento funcional e estrutural das características morfológicas e tipológicas do pé da criança corre paralelamente ao desenvolvimento de diversas outras estruturas e funções, o que inclui as funções proprioceptivas e suas repercussões segmentares e ascendentes.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N, M, C; MORAES, M, A, A. Modelo de avaliação físico-funcional da coluna vertebral. Rev. Latino-am Enfermagem. V. 9, nº 2, p. 67-75, 2001.

BONTRAGER EL, BOYD LA, HEINO JG, MULROY SJ, PERRY J. Determination of novel pedar masks using harris mat imprints. Gait Posture. 1997;5(2):167-8.

CAVANAGH, PR, RODGERS MM. The arch index: an useful measure from footprints. J Biomech. 1987; 20:547-51.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. Tratado de fisiologia médica. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

MURAHOVSKI, J. Pediatria diagnóstico + tratamento, 5ª edição. São Paulo: Editora sarvier, 1998.

O'SULLIVAN, S.B.; SCHIMITZ, T.J. Fisioterapia: avaliação e tratamento. 2ª ed. São Paulo: Manole, 1993.

PUCCINI, Rosana Fiorini. HILÁRIO, Maria Odete Esteves. Semiologia da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUEZ, MD, SACCO ICN, AMADIO AC. Estudo biomecânico do índice do arco longitudinal plantar em crianças de diferentes grupos experimentais. In: Congresso Brasileiro de Biomecânica, Campinas: Sociedade Brasileira de Biomecânica; 1997. p.394-400.

SÁ MR, BRANDINA K, LOBO DA COSTA PH, RODRIGUEZ MD, ÁVILA AOV, SERRÃO JC, et al. Estudo descritivo de parâmetros antropométricos dos pés de crianças de 3 a 10 anos de idade. Tecnicouro - Revista do Centro Tecnológico do Couro, Calçados e Afins (Rio Grande do Sul) 2001; 22:75-9.

SIZÍNIO, K. H. Ortopedia para pediatras queixas comuns na prática diária. Artmed editora. Porto Alegre. 2004.

## **AValiação DA FUNCIONALIDADE DA COLUNA CERVICAL E IDENTIFICAÇÃO DO RISCO ERGONÔMICO NO USO DE MICROCOMPUTADORES NO TRABALHO DAS SECRETÁRIAS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DA UNESC**

**Berta da Conceição Capita Luís**

Fisioterapeuta de Luanda - Angola. Graduada pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, email: capibe15@yahoo.com.br

**Liana Pereira Barcelos**

Graduanda de Fisioterapia pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, E-mail: lianapereirabarcelos@hotmail.com

**Cristiane Nascimento Scarsi**

Secretária Executiva. MBA em Processos Gerenciais. Secretária do Curso de Fisioterapia do Extremo Sul Catarinense, UNESC, email: cristianens@hotmail.com

**Willians Cassiano Longen**

Fisioterapeuta. Mestrado em Ergonomia. Doutorado em Ciências da Saúde. Professor da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, email: wcl@unesc.net

### **RESUMO**

**Introdução:** As regulações psicofisiológicas adotadas repetidamente ao longo de anos pode afetar a condição de saúde funcional dos que trabalham. **Objetivo:** Identificar as relações entre a biomecânica postural no uso de microcomputadores no trabalho administrativo e disfunções da coluna cervical. **Materiais e Métodos:** Este foi um estudo transversal, descritivo e quantitativo, envolvendo a avaliação de parâmetros biomecânicos e funcionais da coluna cervical. Como instrumento de pesquisa foi utilizado Cervical Spine Functional Questionnaire; Check List Ergonômico de Couto®; câmera digital; Luxímetro e Decibelímetro. **Resultados:** Participaram da pesquisa 36 secretárias dos cursos de graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, todas do sexo feminino. Os diferentes setores foram agrupados por Unidades Acadêmicas. Pode-se constatar que nenhuma Unidade apresentou os valores considerados ergonomicamente ideais para atividades que envolvam leitura e interpretação de documentos, bem como, uso de computadores. **Conclusão:** Foi possível identificar condições ergonômicas desfavoráveis e no instrumento eleito neste estudo para a coluna cervical a condição funcional apresentou escores aceitáveis. A relação entre os fatores ambientais ruído e iluminação com a funcionalidade cervical foi pouco significativa, embora ambos os aspectos tenham se mostrado fora dos valores referenciais para o tipo de atividade realizada. Ao considerar que as condições de trabalho não estão ergonomicamente adequadas e que paradoxalmente a condição funcional do segmento cervical da coluna ainda é boa, pode-se inferir que estas profissionais conseguem atingir regulações individuais que lhes permitem manter-se em condição favorável para o trabalho.

**Palavras-Chave:** Postura; Cervical; Fisioterapia; Trabalho; Ergonomia.

## ABSTRACT

**Introduction:** The psychophysiological regulations adopted repeatedly over years can affect the condition of functional health of workers. **Objective:** To identify the relationship between the biomechanics of posture on the use of microcomputers in administrative work and dysfunctions of the cervical spine. **Materials and Methods:** This was a cross-related, descriptive and quantitative study, involving the evaluation of functional biomechanical parameters of the cervical spine. As a research tool was used the Cervical Spine Functional Questionnaire, Ergonomic Couto's Check-list, digital camera, Lighthymeter and Decibelimeter. **Results:** There were 36 secretaries of graduation courses at the University of Southern Santa Catarina – UNESC, all female. The different sectors were grouped by academic units. It is evident that no unit presented the values considered ergonomically ideal for activities that involve reading and interpreting documents, as well computers. **Conclusion:** It was possible to identify adverse ergonomic conditions and the chosen instrument in this study for the cervical spine functional status scores showed acceptable. The relationship between environmental factors noise and lighting functionality neck was not significant, although both aspects have been shown to be outside the reference values for the type of activity performed. When you consider that working conditions are not ergonomically appropriate and that paradoxically the functional condition of the cervical segment of the spine is still good, it can be inferred that these professionals can achieve individual regulations that allow them to remain in favorable condition for the work.

**Keywords:** Posture; Cervical Spine; Physiotherapy; Work; Ergonomics.

## INTRODUÇÃO

Cerca de 50.000.000 de pessoas economicamente ativas no Brasil passam a maior parte do tempo no local de trabalho em diferentes tipos de ocupação e por vezes estão submetidas a um grande número de agentes ambientais capazes de colocar a saúde em risco.<sup>1,2</sup>

Com o grande avanço tecnológico, o processo de trabalho evoluiu em busca de maior produtividade num esquema de automatização e especialização. Tal situação obriga o trabalhador a intensos e inadequados movimentos da coluna, membros superiores, região escapular e pescoço, levando freqüentemente a desordens neuromúsculo-tendinosas.<sup>3</sup>

Os esforços repetitivos, trabalho estático, esforço físico intenso, ritmos intensos de trabalho e posturas inadequadas, estão presentes na maioria das atividades profissionais. Essas condições de trabalho são causas para o aparecimento ou agravamento de lesões, principalmente no sistema musculoesquelético.<sup>4</sup>

Nesse sentido, em função das exigências físicas e posturais demandadas pelas tarefas, uma postura inadequada pode exigir esforço acentuado.<sup>5</sup>

Essas afecções são um conjunto de manifestações do sistema neuromusculoesquelético com origem ocupacional, que podem acometer estruturas destes sistemas, isolados ou associados, afetando segmentos corporais, resultando em dor, fadiga e declínio do desempenho profissional. São decorrentes de uma combinação ou não, de diversos fatores, como: uso repetitivo de grupos musculares, manutenção de postura inadequada prolongada, manejo de movimento ergonomicamente inadequados, tensão, temperatura, vibração e outros.<sup>6</sup>

A coluna vertebral é formada por quatro curvas fisiológicas que se apresentam da seguinte maneira: Coluna cervical (côncava na altura C6 e C7), coluna torácica (convexa na altura T5 e T6), coluna lombar (côncava na altura L3 e L4), coluna Sacral (convexa na altura S3 e S4). As alterações com qualquer desvio de tais curvaturas e seus acidentes anatômicos em relação à linha da gravidade caracterizam um desvio postural.<sup>7</sup> A coluna cervical é constituída por sete vértebras que vão da base da cabeça à grande saliência localizada na parte superior das costas, entre os ombros.<sup>8</sup>

A coluna cervical e os músculos do pescoço formam uma estrutura notável que provê movimentos da cabeça em todas as direções e da mesma forma, estabilidade. Uma das características do pescoço é sua vulnerabilidade ao estresse e à lesões graves. Algumas atividades ocupacionais por vezes requerem posições da cabeça e cervical que podem acarretar problemas de alinhamento e desequilíbrio muscular.<sup>9</sup>

A grande maioria das práticas profissionais tem tendência natural de oferecer condições de risco à coluna vertebral do ser humano. É de extrema importância que os trabalhadores sejam esclarecidos e alertados para as condições que podem diminuir os riscos inerentes à coluna.<sup>10</sup> O objetivo desta pesquisa foi identificar as relações entre a biomecânica postural ocupacional no uso de microcomputadores no trabalho administrativo com as disfunções da coluna cervical.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Este estudo se caracteriza como transversal, quantitativo e descritivo envolvendo a avaliação de parâmetros biomecânicos e ergonômicos dos postos de

trabalho, bem como, funcionais da coluna cervical. O presente trabalho foi realizado nos departamentos de cursos de graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), mediante a devida autorização dos responsáveis pelas Unidades Acadêmicas que congregam os cursos.

A pesquisa foi realizada com 36 secretárias dos cursos de graduação da UNESC, todas do sexo feminino, que realizam trabalho administrativo e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como instrumento de pesquisa foi utilizado: **Cervical Spine Functional Questionnaire®**, voltado para apontar a condição funcional musculoesquelética, especificamente do segmento da coluna cervical envolvendo o trabalho sentado no uso de computadores. A aplicação do questionário aponta um escore relacionado à funcionalidade do segmento cervical da coluna vertebral das trabalhadoras. Foi utilizado o **Check List Ergonômico de Couto®**, versão 2002, visando determinar o risco ergonômico envolvendo as relações entre a configuração física do posto de trabalho, organização e hábitos e/ou vícios posturais e dos membros superiores e inferiores das voluntárias. Para dar suporte aos levantamentos utilizou-se uma Câmera digital da marca Sony®, na interpretação da atividade de trabalho e suas nuances, efetuando registros fotográficos e filmagens do posto de trabalho, bem como, do cotidiano de trabalho das secretárias. Tais imagens serviram como suporte complementar às visitas *in loco*, com análise fora do ambiente de trabalho, para a melhor compreensão possível da situação de cada posto de trabalho com o instrumento ergonômico adotado para a pesquisa.

Foi utilizado um **Luxímetro** Digital da Marca Instrutherm; Datalogger (RS-232), Modelo LDR-380 para avaliar a iluminação do posto de trabalho e um **Decibelímetro** Digital da Marca Mimipa, Modelo MSL-1325 para avaliar o nível de ruído.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UNESC sob o parecer nº 343/2010. Foram realizados dois encontros com cada participante, um em cada mês, durante dois meses com duração de 30 minutos por funcionária, em cada um dos departamentos de cursos de graduação.

Os dados coletados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0, com um nível de significância  $\alpha = 0,05$  e um intervalo de confiança de 95%. A análise estatística foi realizada através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman, o qual mede o grau da correlação (e a direção

dessa correlação, se positiva ou negativa) entre variáveis ordinais e quantitativas, nesse caso os resultados dos protocolos *Cervical Spine* e *Check List*.

## RESULTADOS

De acordo com os dados levantados sobre intensidade luminosa, observou-se que dentre as UNAS a que apresentou maior intensidade foi a Unidade 1 com 352,78 ( $\pm 62,028$ ), ao passo que a Unidade 4 com 268,50 ( $\pm 94,425$ ), apresentou o menor valor. Não foi encontrada nenhuma UNA que apresentasse valor dentro da faixa de normalidade ergonomicamente recomendada (TABELA 1).

**Tabela 1** - Luxímetria por Unidade Acadêmica

	N	Luxímetro ( $X_{med} \pm DP$ )	Intervalo de Confiança 95%		Valor Referencial (LUX)
			Mínimo	Máximo	
UNIDADE 1	9	352,78 ( $\pm 62,028$ )	305,10	400,46	500
UNIDADE 2	8	290,63 ( $\pm 108,098$ ) *	200,25	381,00	500
UNIDADE 3	9	313,67 ( $\pm 102,886$ ) *	234,58	392,75	500
UNIDADE 4	10	268,50 ( $\pm 94,425$ ) *	200,95	336,05	500

\* Desvio significativo em relação aos valores referenciais de normalidade para o tipo de atividade ( $p < 0,05$ )

Referente aos níveis de ruído, os extremos encontrados envolveram a Unidade 2 que apresentou o maior valor de 66,987 ( $\pm 7,8788$ ) e a Unidade 3 com 63,144 ( $\pm 5,5354$ ) (TABELA 2). Nesse sentido, pode-se constatar que nenhuma UNA apresentou os valores considerados ergonomicamente ideais para atividades que envolvam leitura e interpretação de documentos, bem como, uso de computadores. Tais valores estão estabelecidos na faixa de 35 dB, sendo que os valores encontrados apresentam significativo desvio do que seria recomendado (TABELA 2).



**Tabela 2 - Decibelímetria por UMA**

	N	Decibelímetria (x ± DP)	Intervalo de Confiança 95%		Valor Referencial em dB
			Mínimo	Máximo	
UNIDADE 1	9	64, 389 (± 10,9715) *	55, 955	72, 822	35
UNIDADE 2	8	66, 987 (± 7, 8788) *	60, 401	73, 574	35
UNIDADE 3	9	63, 144 (± 5, 5354) *	58, 890	67, 399	35
UNIDADE 4	10	64, 630 (± 7, 3450) *	59, 376	69, 884	35

\* Desvio significativo em relação aos valores referenciais de normalidade para o tipo de atividade (p<0,05)

Com base nos resultados obtidos pelo questionário de funcionalidade da coluna cervical pode-se destacar que a Unidade 3apresentou o valor mais elevado comparando com as demais 19, 00 (± 9, 798) e a Unidade 2 com 10, 63 (± 13,479) o menor valor. O valor de referencia máximo do instrumento funcional cervical é de 95 pontos (TABELA 3).

**Tabela 3 - Funcionalidade da Coluna Cervical**

	N	Funcionalidade (x± DP)	Intervalo de Confiança 95%		Valor Referencial Máximo de Comprometimen to Funcional
			Mínimo	Máximo	
UNIDADE 1	9	15,56 (± 6,227)	10, 77	20, 34	95
UNIDADE 2	8	10,63 (± 13,479)		21, 89	95
UNIDADE 3	9	19,00 (± 9,798)	11, 47	26, 53	95
UNIDADE 4	10	11,70 (±7,675)	6, 21	17, 19	95

O Instrumento *Cervical Spine Functional Questionnaire*®, utilizado na avaliação da condição funcional cervical conta com uma escala que vai até 95 pontos, sendo esta pontuação a pior condição funcional possível.

A correlação entre as variáveis funcionalidade da cervical e luminosidade do ambiente apresentou-se fraca positiva. Foi observado também que a correlação entre a funcionalidade da coluna cervical e do ruído do ambiente de trabalho apresentou-se praticamente ausente, não revelando existência de associação entre estas duas variáveis, contudo, essa conclusão não pode ser inferida para população amostrada (p=0, 670) (TABELA 4).

**Tabela 4** - Correlação entre Funcionalidade, Luximetria e Decibelimetria

	$r_s$	Valor p
Funcionalidade X Luximetria	0,185 *	0,280
Funcionalidade X Decibelimetria	0,074	0,670

\* Correlação Fraca entre os níveis de funcionalidade cervical encontrados e a intensidade de iluminação nos postos de trabalho.

Considerando a totalidade do *CheckList* aplicado para análise das condições do posto de trabalho ao computador, as Unidades 1, 3 e 4 apresentaram escores totais que se relacionam com condição ergonômica razoável. A Unidade 2 apresentou escore geral de boa condição ergonômica. As unidades acadêmicas que apresentaram piores condições ergonômicas foram a Unidade 1 (60,89%), Unidade 3 (64,89%) e Unidade 4 (68,70%), apresentando no instrumento aplicado escores finais compatíveis com condição ergonômica razoável (51-70%). Tais dados mostraram convergência com os piores índices de funcionalidade cervical (TABELA 3) encontrados nestas unidades (1, 3 e 4) em relação à Unidade 2 (74,25%), que apresentou escores ergonômicos que a projetam para outro patamar, ou seja, para boa condição ergonômica (71-90%) (TABELA 5).

**Tabela 5** - Escores Totais do Instrumento do Check List Ergonômico de Postos de Trabalho com Computadores

Unidade	n	Escores	Min	Max	Referência
UNIDADE 1	9	60,89 ± 15,64 *	48,87	72,91	91 a 100
UNIDADE 2	8	74,25 ± 11,69 †	64,47	84,03	Excelente
UNIDADE 3	9	64,89 ± 11,14 *	56,33	73,45	
UNIDADE 4	10	68,70 ± 13,37 *	59,13	78,29	

\* Escore Indicando Condição Ergonômica Razoável. † Escore Indicando Condição Ergonômica Boa (pontos de corte baseados no *Check List* utilizado no estudo)

Em um detalhamento do instrumento, visando identificar os itens considerados positivos ou negativos na avaliação realizada, observou-se que as condições ergonômicas de cada posto de trabalho oscilaram entre condição ergonômica razoável à condição ergonômica péssima (TABELA 6).

**Tabela 6** - Síntese dos Resultados do Checklist Aplicado para Análise das Condições de Postos de Trabalho com Computadores

<b>Elemento do Posto de Trabalho</b>	<b>Frequência (%)</b>
CADEIRA	64 *
MESA	57 *
SUORTE DO TECLADO	29 †
APOIO-PÉ	5 †
PORTA DOCS	17 †
TECLADO	20 †
MONITOR	39 **
CPU	12 †
NOTEBOOK	2 †
LAYOUT	35 **
SISTEMA DE TRABALHO	7 †
ILUMINAÇÃO	25 †

\* Elementos do posto de trabalho com condição ergonômica razoável, \*\* Elementos do posto de trabalho com condição ergonômica ruim, † Elementos do posto de trabalho com condição ergonômica péssima.

## DISCUSSÃO

Após analisar os resultados encontrados, pode-se observar que a iluminação mostrou-se como um fator com grande desvio da normalidade (TABELA 1). Os níveis reduzidos para o tipo de atividade podem ser fonte de desconforto e queda da produtividade, podendo estar associados com os potenciais de funcionalidade da coluna cervical. Nesse sentido, se existe um nível geral de iluminação baixo, deve-se pensar em aumentar a iluminação ambiental ou na adoção de formas suplementares como a iluminação local.

É importante que a iluminação adotada no trabalho esteja polarizada para a área alvo de uso real da mesa ou bancada. Luminárias tipo spot podem ser eficientes, porém, para evitar ofuscamento devem ser cuidadosamente escolhidas e arranjadas.<sup>10,11,12</sup> Desta forma, corrigindo a iluminação no local de trabalho é possível experimentar melhorias das condições ergonômicas do ambiente e consequentemente da performance dos funcionários. O estudo firma essa importante relação ao comprovar que a produtividade aumenta à medida que as condições de iluminação são melhoradas.<sup>13</sup>

Com relação ao ruído, os níveis aferidos foram superiores ao que é considerado ideal para o tipo de trabalho realizado nos postos avaliados (TABELA 2). Apesar dos valores registrados mostrarem-se inferiores aos 80 dB definidos no Brasil como limite aceitável para exposições de 8 horas diárias como representando risco para perda auditiva, deve-se considerar a especificidade das tarefas, ou seja, o tipo

de trabalho realizado. Esta qualificação do ambiente de trabalho considera ideal, o limite de 35 Db para atividades de leitura e concentração. Desta forma, as atividades realizadas nestes postos de trabalho sofrem influência de intensidades sonoras que podem ser consideradas disfuncionais para o tipo de trabalho. Tais características vão além da lógica da exposição ao ruído como risco de perda auditiva, mas sim, como um fator presente no ambiente que pode potencializar ou reduzir as capacidades humanas no trabalho, dentro da lógica da Ergonomia.<sup>14</sup>

O ruído é um inimigo subliminar e perigoso. Um trabalhador que aparentemente possui boa saúde pode estar sendo vítima desta exposição. Como o ser humano tem alta capacidade de adaptação a ambientes adversos, pode ocorrer o desenvolvimento de um estado de fadiga e queda fisiológica sutil, sem que o trabalhador tenha esta percepção.<sup>15</sup> O ruído constitui um problema, pois além de poder causar surdez, pode perturbar e interferir no desempenho no trabalho.<sup>16</sup> Os efeitos nocivos do ruído sobre o homem podem ser divididos em fisiológicos e psicológicos.<sup>17</sup> A presença de ruído prejudica o desempenho, perturba as relações interindividuais, diminui as possibilidades de concentração e compromete as atividades psicomotoras.<sup>18</sup> Outros trabalhos que focaram suas atenções para o ruído como importante fator do ambiente de trabalho apontaram que a exposição excessiva ao ruído pode ser a causa de muitos problemas à saúde, tais como reações físicas, aumento da pressão sanguínea, do ritmo cardíaco e das contrações musculares, reduzindo a eficiência das atividades funcionais no local de trabalho.<sup>19,20,21,22,23</sup>

Os cálculos utilizando o coeficiente de correlação de Spearmans (TABELA 4), na análise da correlação entre luminosidade e ruído com a funcionalidade da coluna cervical, mostraram uma correlação discreta em termos quantitativos. Pode-se inferir que a qualidade da atividade realizada e a performance de quem realiza o trabalho, sofrem influências das condições ambientais sob as quais são desenvolvidos. Estes achados podem ter sofrido influência do número amostral reduzido em cada unidade, que embora represente a totalidade de cursos, numericamente representa um valor pequeno.

Toda tarefa comporta uma parte do trabalho intelectual que o incômodo não ocorre sempre em função do nível sonoro.<sup>12</sup> Trabalhos que exigem concentração mental ou a compreensão da linguagem são sensíveis ao ruído e mesmo que o nível de ruído seja baixo em intensidade pode ser perturbador em termos psicofisiológicos.<sup>11</sup>

De acordo com os resultados do questionário de funcionalidade da coluna cervical aplicado (TABELA 3), os níveis funcionais estão bons, com discreta diferença entre as unidades. Há um predomínio das afecções musculoesqueléticas que acometem a região cervical, cintura escapular e membros superiores, com início insidioso e evolução crônica, que decorrem do trabalho. Essas afecções recebem a denominação de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT).<sup>24</sup> A dor nos membros superiores devido aos esforços repetitivos e sobrecarga excessiva, em geral, têm início lento e localizado. Na maioria das vezes é antecedida por um quadro de "desconforto", que pode piorar com o trabalho e melhora com o descanso.<sup>25</sup>

Um achado interessante dos resultados deste estudo é que os cursos agrupados na Unidade 2 foram os que apresentaram a melhor condição funcional (TABELA 3), sendo que os mesmos cursos foram os únicos que apresentaram uma condição ergonômica boa (TABELA 5). A coluna cervical constitui parte importante do corpo humano por apoiar o crânio e atuar como um absorvente de choque para o cérebro, facilitando a transferência de peso e movimentos de inclinação da cabeça. Protege o tronco cerebral, a medula espinhal e as diversas estruturas neurovasculares que passam pelo pescoço.<sup>26</sup>

A coluna cervical tem uma tendência a alterações degenerativas dos discos intervertebrais, visto que posturas forçadas e que exigem excessivas curvaturas da mesma, podem ser consideradas como causas possíveis da síndrome cervical.<sup>14</sup> No entanto, é postulado por outros autores que observaram que o fornecimento de uma placa de braço para os operadores de computador poderia reduzir a gravidade dos sintomas do pescoço, ombros e prevenir incidentes do pescoço, desordens do ombro em comparação com a ergonomia de treinamento sozinho.<sup>27</sup>

Com base nos resultados do estudo (TABELAS 5 e 6), houve predomínio da condição ergonômica razoável (3 unidades) e estes mesmos cursos da Unidade 2 foram os únicos que apresentaram condição ergonômica boa (1 unidade). Essas condições de trabalho podem estar diluídas nas causas do surgimento ou agravamento de afecções principalmente no sistema musculoesquelético.<sup>28</sup>

As características incorretas dos postos de trabalho obrigam os trabalhadores a assumirem posturas inadequadas.<sup>29</sup> Além disso, a maior prevalência da sintomatologia osteomuscular ocorre entre os trabalhadores jovens e do sexo feminino, que exercem atividades caracterizadas por esforço e repetitividade.<sup>30</sup>

O maior número de acometimento em mulheres pode relacionar-se mais ao tipo de atividade realizada do que ao sexo, já que as mulheres realizam tarefas que apresentam riscos diferentes das realizadas pelos homens.<sup>31</sup> A diferença de massa muscular, composição corporal e tamanho das mulheres em relação aos homens pode representar, para esse grupo um fator de risco predisponente de sintomatologia dolorosa.<sup>32</sup>

Quanto a síntese dos resultados do *Check list* aplicado para a análise das condições dos postos de trabalho com computadores, verificou-se que as condições ergonômicas oscilaram entre razoável e péssima. O ambiente de trabalho, quando em condições adversas pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de distúrbios no sistema musculoesquelético.<sup>33</sup>

Nesta pesquisa observou-se que os indivíduos avaliados realizam as suas atividades na posição sentada, fazendo uso contínuo de computadores. Durante os dias de contato com as trabalhadoras pode-se receber alguns relatos de queixas osteomusculares não somente na coluna cervical, como em outros segmentos corporais a exemplo da coluna lombar e membros superiores. O principal fenômeno social responsável pelo desenvolvimento de LER/DORT foi a modernização dos sistemas de trabalho, que determinaram um aumento das tarefas manuais repetitivas. De forma associada à essas condicionantes quantitativas (ritmo intenso, frequências elevadas, sustentação de posturas) agregam-se as qualitativas (bom atendimento, rapidez, atenção, relações humanas), que por vezes transcendem o que a própria capacidade humana pode suportar.<sup>34,35</sup> Um estudo semelhante aponta um projeto inadequado de postos de trabalho, com uso contínuo do computador e trabalho repetitivo no computador com entrada de dados, os autores estabelecem o aumento do risco de desenvolver distúrbios musculoesqueléticos.<sup>36</sup> Tem sido bem demonstrado que os distúrbios osteomusculares estão fortemente associados ao uso do mouse e de computador de forma ergonomicamente inadequada.<sup>37</sup>

Quando o trabalho exige uma longa permanência na mesma postura o indivíduo passa a adotar posturas que lhe pareçam confortáveis, mas que por vezes divergem do que seria biomecanicamente adequado para o desenvolvimento de determinadas atividades. Esses fatores levam à ocorrência de algias musculares que no início podem passar despercebidas, no entanto, com o decorrer do tempo, podem cronificar e tornar-se motivo de transtorno funcional e até de afastamento do trabalho.<sup>38</sup>

A coluna cervical é um segmento bastante móvel, delicado e passível de processos degenerativos. Um grande número de adultos tem problemas cervicais em virtude de distúrbios das vértebras e discos. Os sintomas mais comuns da síndrome cervical são dores nos músculos cervicais, mobilidade reduzida e as vezes acometimento nos membros superiores.<sup>11</sup> Tarefas ergonômicas repetitivas ou mantidas podem gerar uma sobrecarga inadequada sobre os elementos musculoesqueléticos da coluna vertebral, podendo resultar em disfunções cervicais e outras partes do sistema musculoesquelético.<sup>39</sup>

## CONCLUSÃO

Foi possível identificar condições ergonômicas desfavoráveis nos postos de trabalho avaliados. A condição funcional da coluna cervical apresentou escores aceitáveis no instrumento eleito neste estudo. A relação entre os fatores ambientais ruído e iluminação com a funcionalidade cervical foi pouco significativa, embora ambos os aspectos tenham se mostrado fora dos valores referenciais para o tipo de atividade realizada.

Ao considerar que nos casos avaliados as condições de trabalho não estão ergonomicamente adequadas e que no entanto, a condição funcional do segmento cervical da coluna de forma geral na amostra mostra integridade, pode-se inferir que estas profissionais conseguem atingir regulações individuais que lhes permitem manter-se em condições físico funcionais favoráveis para o trabalho. Tal aspecto não elimina a necessidade de adequação das condições de trabalho às características psicofisiológicas daquele que trabalha, especialmente no sentido de melhorar as condições ergonômicas, visando evitar que processos negativos em relação à qualidade de vida no trabalho e à própria saúde possam vir a se estabelecer. Foram sugeridas medidas junto aos setores a exemplo de implantação de Iluminação adequada, redução do nível de ruído, melhora layout do mobiliário e troca de alguns componentes do posto físico de trabalho, retomada da ginástica laboral, além de medidas de conscientização como aconselhamento sobre a variação de posturas ao longo de suas jornadas, realização de pausas com variações posturais diluídas no processo do trabalho administrativo.

## REFERÊNCIAS

1. Ponte PJL. A Saúde no Trabalho. Questão ética e econômica. Revista Pró-Saúde + Notícias Hospitalares. São Paulo, ano.2, nº14, set. 1999.
2. Cudado NT. Ecologia e desenvolvimento, Rio de Janeiro, ano.9, n.73, jul/ago.1999.
3. Brandão AG, Horta BL, Tomasi E. Sintomas de Distúrbios Osteomusculares em Bancários de Pelotas e Região: prevalência e fatores associados. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v.8, n. 3, setembro 2005.
4. Pereira ER. Fundamentos de Ergonomia e Fisioterapia do Trabalho. 2ª ed. Rio de Janeiro: Taba Cultural, 2001.
5. Cailliet R. Síndrome da Dor Lombar. Porto Alegre: Artmed, 2001.
6. Deliberato PCP. Fisioterapia Preventiva: fundamentos e aplicações. São Paulo: Manole.2002.
7. Rasch PJ. Cinesiologia e Anatomia Aplicada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
8. Moffat V. Postura De Trabalho Relacionada Com as Dores na Coluna Vertebral em Trabalhadores De Uma Indústria De Alimentos: Estudo De Caso. Dissertação para a obtenção do título de Mestre. UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “Júlio de Mesquita Filho”.Bauru- 2009.
9. Kendall F. Músculos: Provas e Funções. 5ª ed. Barueri, SP. Manole., 2007.
10. Couto H. Ergonomia aplicada ao trabalho: O manual técnico da máquina humana. Belo Horizonte: Ergo, 1995.
11. Grandjean E, Kroemer KHE. Manual de Ergonomia: adaptando o trabalho ao homem. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
12. Falzon P. Ergonomia. São Paulo: Blucher, São Paulo, 2007.
13. De Almeida RJS. Influência da Iluminação Artificial nos Ambientes de Produção: uma Análise Econômica. Monografia de Graduação em Engenharia de Produção. Escola De Minas - UFOP. Ouro Preto. 2003.
14. Grandjean Etienne. Manual de ergonomia: adaptando ao trabalho do homem. Porto Alegre,1998.
15. Minette LJ. Análise de fatores operacionais e ergonômicos na operação de corte florestal com motosserra. Viçosa: UFV. Tese Doutorado. 1996. 211p.
16. Edholm OG. Biologia do Trabalho.Porto: Inova, 1998. 258p.
17. Verdussen R. Ergonomia: a racionalização humanizada do trabalho. Rio de Janeiro: Livro Técnico e Científico, 1978. 162p.



18. Marcia FL, Santos N. Análise Ergonômica de um Centro de Controle. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ABERGO, 1989. p.69-76.
19. OMS. Organização Mundial da Saúde. Saúde do Trabalhador. 1997.
20. Harger MRHC, Barbosa-Branco A. Efeitos Decorrentes da Exposição Ocupacional ao Ruído em Trabalhadores de Marmorarias no Distrito Federal. Revista da Associação Médica Brasileira. Vol 50, n.4, São Paulo: out/dez 2004.
21. Minnetti LJ, Souza AP, Machado CC, Fiedler NC, Baêta FC. Avaliação dos Efeitos do Ruído e da Vibração no Corte Florestal com Motosserra. Revista Árvore, Viçosa, v.22, n.3, p.325-330, 1998.
22. Santos UP. Exposição a ruído: avaliação de riscos, danos à saúde e prevenção In: Santos UP, Okamoto VA, Matos M.P, Morata TC. Ruído riscos e prevenção. São Paulo: Hucitec; 1994.
23. Casali JG. Seeking the sounds of silence. Virginia Tech Research, V.2, n.1, jan/feb.1994.
24. Lin TY. Distúrbios Ósteo-musculares Relacionados ao Trabalho. Rev. Med. São Paulo, 80(ed. esp. pt.2).2001: 422-42.
25. Silva APM. Epidemiologia das Lesões Musculoesqueléticas em Trabalhadores da Construção Civil. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
26. Nordin F. Postura De Trabalho Relacionada Com as Dores na Coluna Vertebral em Trabalhadores De Uma Indústria De Alimentos: Estudo De Caso. Dissertação para a obtenção do título de Mestre. UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA Júlio de Mesquita Filho. Bauru. 2009.
27. Rempel D.M. A randomised controlled trial evaluating the effects of two workstation interventions on upper body pain and incident musculoskeletal disorders among computer operators. Occupational and Environmental Medicine. 2006. 300-306.
28. Pereira ER. Fundamentos de Ergonomia e Fisioterapia do Trabalho. 2ª ed. Rio de Janeiro: Taba Cultural, 2001.
29. Nascimento NM, Moraes RAS. Fisioterapia nas Empresas: Saúde X Trabalho. 3ª ed. Rio de Janeiro: Taba Cultural, 2000.
30. Fernandes MH, Rocha VM, Roncadelli AGCO. Fatores associados à prevalência de sintomas osteomusculares em professores. Rev. Saúde Pública, v.11, n. 2, 2009.
31. Coury HJCG, Walsh IA, Alem MO. Influence of Gender on Work-related Musculoskeletal Disorders in Repetitive Tasks. Int J Ind Erg 2002, 29: 33-9.

32. Carvalho AJFP, Alexandre NMC. Sintomas Osteomusculares em Professores do Ensino Fundamental. Rev. Bras. Fisioter, 2006; 10: 35-41.
33. Magnano TSBS, Lisboa MTL, Souza IEO, Moreira MC. Distúrbios Músculo-esqueléticos em trabalhadores de Enfermagem: associação com condições de trabalho [revisão]. Rev Bras Enferm. v. 60, n. 6, p. 701-705, 2007.
34. Antonalia C. LER/DORT. Prejuízos Sociais e Fator Multiplicador do Custo Brasil. São Paulo: LTr, 2001.
35. Assunção NA, Tatsch CPA, Cardoso V, Jost MT. O Homem como Ator Central no Processo de Trabalho e no Desenvolvimento Tecnológico. Revista Nursing, v.73, n. 7, junho 2004.
36. Punnet L, Bergqvist U. Musculoskeletal disorders in visual display unit work: gender and work demands. Occupational Medicine: State of the Art Reviews, Vol. 14, n.1, p.113-124. Philadelphia, PA: Hanley & Belfus. 1999.
37. Santos AF. Análise das condições de trabalho de operadores de caixas de supermercados da cidade de Umuarama. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2002.
38. Santos ACS, Veiga PHA, Fernandes MG. Sintomas Osteomusculares Em Auxiliares De Desenvolvimento Infantil Da Creche Municipal Casinha Azul Em Recife. Rev. Fisioterapia Brasil, vol.11, n.5, Set/Out. 2010. 355p.
39. Laville A. Ergonomia. Tradução Márcia Maria Neves Teixeira. São Paulo: EPU, 1977.

## IDENTIFICAÇÃO DO RISCO LOMBAR NO TRABALHO DE EMPACOTAMENTO MANUAL DE SACAS DE ARROZ

Willians Cassiano Longen

Fisioterapeuta. Mestrado em Ergonomia - UFSC. Doutorado em Ciências da Saúde - PPGCS/ UNESC. Professor da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Professor e Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST (wcl@unesc.net)

Silvana Trombim Chechetto

Fisioterapeuta Graduada pelo Curso de Fisioterapia na Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. E-mail: labiomec@unesc.net

Bruno Pereira Barcelos

Graduando do Curso de Fisioterapia na Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST

Kristian Madeira

Matemático e Bioestatístico. Mestrado em Educação pela UNESC. Doutorado em Ciências da Saúde pelo PPGCS/UNESC. Professor da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Professor Colaborador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador – NEPST

### RESUMO

**Introdução:** Os Distúrbios Osteomusculares da Coluna Lombar atingem níveis epidêmicos na população em geral. A Dor Lombar é uma das mais importantes causas de incapacidade, diminuindo a qualidade de vida de muitas pessoas. O Método NIOSH foi desenvolvido com o intuito de determinar a carga máxima a ser manuseada e movimentada manualmente numa atividade de trabalho, sendo criada uma equação que inclui fatores como: a manipulação assimétrica de cargas, a duração da tarefa, a frequência dos levantamentos e a qualidade da pega. **Objetivo:** Identificar o risco músculo esquelético para a coluna lombar nas atividades laborativas do setor de empacotamento da indústria de beneficiamento de arroz. **Materiais e métodos:** Pesquisa transversal, censitária e descritiva, com 9 funcionários da empresa que desenvolvem atividade manual de carregamento de fardos de sacas de arroz, sendo aplicada a equação NIOSH e o Questionário de Roland Morris individualmente. **Resultados:** Com os valores registrados chegou-se aos resultados de Limite de Peso (LP) de 1,305 Kg, ou seja, para a configuração atualmente experimentada no setor o peso deveria ser significativamente menor do que os atuais 30 Kg, em mais de 20 vezes. **Conclusão:** O limite de peso recomendado encontrado aponta como principal necessidade a melhoria da condição ergonômica desta atividade de trabalho.

**Palavras-chave:** Lombalgia; Ergonomia; DORT; Trabalhador; NIOSH.

### ABSTRACT

**Introduction:** Musculoskeletal Disorders of the Lumbar Spine reach epidemic levels in the general population. The Low Back Pain is one of the leading causes of disability, decreased quality of life of many people. The NIOSH method was developed with the aim of determining the maximum load to be handled and moved by hand in a work activity, and created an equation that includes such factors as: the handling of unbalanced loads, the task duration, frequency and quality of survey the handle. **Objective:**

To identify the risk for skeletal muscle in the lumbar spine on work activities in the industry's packaging of rice processing industry. **Materials and methods:** cross-sectional census and descriptive, with nine employees who develop activity manual loading of bales of bag of rice, being applied to individual NIOSH equation and Roland Morris Questionnaire. **Results:** With the registered values and considering the average of the acromial height of the workers of the sector, it was arrived the results of Limit of Peso (LP) of 1,305 kg that is for the configuration currently tried in the sector the current the 30 weight would have to be significantly lesser of what kg in more than 20 times. **Conclusion:** The recommended weight limit found points as mais need improved ergonomic condition of this activity.

**Keywords:** Low back pain; Ergonomics; Musculoskeletal Disorders; Workers; NIOSH.

## INTRODUÇÃO

A região Sul do Brasil abrange várias empresas no ramo de produção de arroz, dentro destas existem vários setores como o de empacotamento, produção entre outros e nessas empresas os trabalhadores estão expostos a diversos fatores como ambientais, químicos, ergonômicos.<sup>1</sup>

A incidência de diferentes lesões tem sido causada por negligência nas posturas durante o trabalho, diminuindo a produtividade, aumentando o absenteísmo e diminuindo a qualidade de vida. Este trabalho diagnosticará o problema, buscando melhorá-lo, diminuindo assim os riscos dos trabalhadores.<sup>2</sup>

A Lombalgia trata-se de um conjunto de manifestações dolorosas que acometem a região lombar, lombo sacral ou sacro ilíaca. Essas manifestações são as mais comuns que os seres humanos apresentam. São diversas as condições desencadeantes de lombalgias, entre elas, elevada sobrecarga nas atividades no trabalho acometimentos degenerativos ou traumáticos no disco intervertebral ou no corpo vertebral, flexibilidade e força reduzida, movimentação excessiva, inatividade física, fatores psicológicos, obesidade e fumo.<sup>3</sup>

Essas alterações musculoesqueléticas ganharam grande relevância após a expansão de indústrias, já que esse tipo de trabalho favorece o desenvolvimento de muitos fatores de risco, comprometendo a estabilidade da coluna. Cerca de 70% das dores lombares, predominantes em transtornos da coluna vertebral, estão relacionadas com outros sintomas desta região e consomem 75% dos pedidos de compensação. A maioria dos transtornos lombares que ocorrem no local de trabalho envolve lesões por esforço excessivo, provocadas principalmente em pacientes curvados e torcidos assimetricamente. A avaliação funcional da dor lombar esta

baseada na premissa que a musculatura do tronco suporta e sobrecarrega a coluna vertebral tanto nas atividades domésticas quanto no local de trabalho.<sup>2, 4</sup>

A Ergonomia é considerada um conjunto de conhecimentos interdisciplinares, onde cada profissional contribui com seus conhecimentos de uma forma transdisciplinar, buscando o objetivo de maximizar o potencial humano na interface homem trabalho<sup>3</sup>. Ela caracteriza-se pelo estudo da adaptação do trabalho ao homem<sup>4</sup>. O trabalho não deve abranger apenas máquinas e equipamentos utilizados para transformar os materiais, mas também toda a relação entre o homem e o trabalho, envolvendo além do ambiente físico, os aspectos organizacionais de como o trabalho é programado e controlado para produzir os resultados desejados<sup>5</sup>.

Os objetivos práticos da Ergonomia são a satisfação, a segurança e o bem estar dos trabalhadores no seu relacionamento com sistemas produtivos, priorizando o bem estar dos trabalhadores e tendo como resultado a eficiência livre de sacrifícios e sofrimentos<sup>5,6</sup>.

Em 1981, NIOSH desenvolveu uma equação para avaliar a manipulação de cargas no trabalho, sendo criada uma ferramenta para diagnosticar os riscos de distúrbios osteomusculares associados à carga física que o trabalhador está submetido e indicar um limite de peso apropriado para cada ocupação, de maneira que uma determinada porcentagem da população pudesse realizar sua tarefa sem risco de desenvolver distúrbios osteomusculares. Em 1991, a equação foi verificada e novos fatores foram inseridos: a manipulação assimétrica de cargas, o tempo da tarefa, a frequência dos levantamentos e a qualidade da pega<sup>7</sup>.

A equação NIOSH é baseada no conceito de que o risco de distúrbios osteomusculares aumenta com a distância entre o limite de peso preconizado e o peso efetivamente manejado. Assim, essa equação estipula o cálculo do índice de levantamento (IL), que é obtido pelo quociente entre o peso da carga levantada ou o peso real (PR) e o peso da carga recomendada (LPR)<sup>7</sup>.

Os comprometimentos comuns associados às disfunções posturais geralmente são dor por sobrecarga biomecânica, comprometimento da mobilidade devido à restrição de músculos, articulações ou fáscias, comprometimento muscular associado à fraqueza, devido a más posturas sustentadas, controle postural insuficiente pelos músculos estabilizadores, senso cinestésico de postura prolongados, falta do conhecimento do controle e da biomecânica vertebral saudável. O desequilíbrio postural associa-se às doenças osteomusculares, estando entre as

primeiras causas de incapacidade física, associada à piora da qualidade de vida e redução da produtividade<sup>8</sup>.

Os distúrbios do sistema musculoesquelético têm atraído a atenção e a prioridade de pesquisadores preocupados com questões relacionadas à saúde e ao trabalho em função do custo e impacto na qualidade de vida dos trabalhadores. Os sintomas osteomusculares, tornaram-se um grande problema de saúde pública e vem se destacando desde os anos 80, estes sintomas decorrem das solicitações do aparelho locomotor durante a execução das atividades da vida diária e ocupacional e eventos traumáticos, na maioria das vezes desencadeando dor, incapacidade funcional e sofrimento físico e psicoafetivo<sup>9</sup>.

O objetivo deste estudo foi identificar o risco músculo esquelético para a coluna lombar nas atividades laborativas do setor de empacotamento da indústria de beneficiamento de arroz.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

A pesquisa desenvolvida tem característica aplicada no que diz respeito à natureza, do tipo transversal. Em relação ao problema é caracterizada como qualitativa e censitária e em relação aos objetivos, é de natureza descritiva. Por fim, a pesquisa ainda é caracterizada em relação aos procedimentos como bibliográfica e de levantamento. O estudo foi realizado em uma Cooperativa de Beneficiamento de Arroz no extremo sul do estado de Santa Catarina. O projeto deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) sob o parecer 121/2011.

Na primeira sessão, os funcionários participantes, foram devidamente avaliados em relação ao peso e estatura, e nas sessões subsequentes foi aplicado a equação NIOSH individualmente, no levantamento de cargas, determinando o limite de peso recomendado (LPR) a partir de seis fatores de redução da constante de carga. Os coeficientes, que variam entre zero e um, levam em conta a distância horizontal entre a carga e o operador (H); a distância vertical (V) da origem da carga; o deslocamento vertical (D) entre a origem e o destino da carga; o ângulo de assimetria (A) medido a partir do plano sagital; a frequência média de levantamentos (F) e a qualidade da pega (C). As atividades foram registradas com uma câmera digital fotográfica durante a atividade dos funcionários. Finalizada a coleta de dados, foi

aplicado o Questionário Funcional de *Roland-Morris*® com todos os funcionários do setor em questão.

Os dados obtidos nas avaliações foram devidamente organizados e tabulados visando a discussão com os referenciais de literatura pesquisados. Para a interpretação das mensurações coletadas envolvendo a configuração física do trabalho, bem como, antropométricas foi utilizado o *Software NIOSH*®, com dados finais expressos através do Índice de Levantamento (IL) (em levantamentos / min.) e o Limite de Peso Recomendado (LPR) (em Kg).

Os dados antropométricos envolvendo a estatura e peso, foram convertidos através do Programa *EXCEL for Windows*®, em IMC, expressos em kg/m<sup>2</sup>. Foram estabelecidas as médias, medianas e moda envolvendo o IMC. A estatura, da mesma forma foi explorada através da média, mediana e moda, expressas em metros.

Os escores encontrados com a aplicação do Questionário Funcional de *Roland-Morris*® foram agrupados, a partir dos quais foram estabelecidas estatísticas descritivas, como média e desvio padrão, com a utilização do Programa *EXCEL for Windows*®.

Foi realizado o cálculo do coeficiente de correlação de Spearman ( $r_s$ ) e do coeficiente de determinação ( $r^2$ ) entre os escores do Questionário Funcional de *Roland-Morris*, LPR do *NIOSH*®, e demais variáveis, através do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0, com um intervalo de confiança de 95% e um nível de significância  $\alpha = 0,05$ .

## RESULTADOS

A amostra foi composta por nove trabalhadores, do setor de empacotamento, do sexo masculino, com idades entre vinte e dois anos e quarenta e oito, que exercem atividades de levantamento de fardos de arroz. Cada Fardo chega até o trabalhador por meio de uma esteira rolante, sendo que cada fardo conta com 30 Kg de arroz, com 30 sacas de 1 Kg ou em 6 sacas de 5 Kg, sendo retirado da esteira de forma manual pelos trabalhadores, que alocam os fardos em paletes, posicionados em ambos os lados e atrás do trabalhador. A altura de carregamento varia desde o nível dos paletes até a altura do ombro.

Na aplicação do *Software NIOSH*®, foram levantadas as medidas dimensionais do posto de trabalho no sentido de obter o Índice de Levantamento (IL)

(em levantamentos / min.) e o Limite de Peso Recomendado (LPR) (em Kg) (TABELA 1).

**Tabela 1** - Resultados do Método NIOSH Aplicado na Manipulação dos Fardos

<b>FDH</b>	<b>FAV</b>	<b>FDC</b> (x ± DP)	<b>FRLT</b> (x ± DP)	<b>FFL</b>	<b>FQPC</b>	<b>PESO DA CARGA</b>
68	16	54(±4,90)	30(±5,00)	0,21	0,9	30

FDH - Fator Distante Horizontal do Indivíduo à Carga. FAV - Fator de Altura Vertical à Carga. FDC - Valor da Distancia Vertical Percorrida. FRLT - Ângulo de Rotação do Trabalhador. FFL - Fator de Frequência de Levantamento. FQPC - Fator Qualidade da Pega da Carga. PESO DA CARGA - Peso Total da Carga (Kg).

Com os valores registrados e considerando a média da altura acromial dos trabalhadores do setor, chegou-se aos resultados de Limite de Peso (LP) de 1,305 Kg, ou seja, para a configuração atualmente experimentada no setor o peso deveria ser significativamente menor do que os atuais 30 Kg, em mais de 20 vezes.

Como as hipóteses inicialmente estabelecidas foram confirmadas com a aplicação do NIOSH de existência de risco ergonômico significativo, ficou patente a necessidade de levantar informações envolvendo a sintomatologia e funcionalidade do segmento lombar da coluna. A EVA envolvendo a intensidade de dor na região lombar na amostra avaliada, chegou até o nível 7, com média de 3,5. O escore do Roland Morris envolvendo a funcionalidade lombar foi até 12, sugerindo que nos casos com certa incapacidade a mesma ainda é leve.

Foi estabelecido o coeficiente de determinação e correlação entre alguns parâmetros corporais e os instrumentos utilizados, para intensidade da dor, percepção subjetiva de esforço e funcionalidade (Roland Morris) (TABELA 2 e 3).



**Tabela 2 - Coeficiente de Determinação ( $r^2$ )**

	<b>Idade (anos)</b>	<b>Estatura (m)</b>	<b>Peso (kg)</b>	<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>FDH</b>	<b>BORG</b>	<b>EVA</b>	<b>MORRIS</b>
<b>Idade (anos)</b>	-	0,16	0,18	0,28	0,04	0,07	0,68**	0,59*
<b>Altura (m)</b>	0,16	-	0,25	0,20	0,07	0,14	0,61	0,06
<b>Peso (kg)</b>	0,18	0,25	-	0,77**	0,01	0,56*	0,10	0,04
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	0,28	0,20	0,77**	-	0,18	0,23	0,11	0,11
<b>FDH</b>	0,04	0,07	0,01	0,00	-	0,00	0,00	0,03
<b>BORG</b>	0,07	0,14	0,56*	0,23	0,00	-	0,27	0,13
<b>EVA</b>	0,68**	0,61	0,10	0,11	0,00	0,27	-	0,77**
<b>MORRIS</b>	0,59*	0,06	0,04	0,11	0,03	0,13	0,77**	-

Coeficiente de Determinação entre Idade Fatores Antropométricos com a Distância Horizontal às Cargas e Instrumentos Sintomáticos e Funcionais Utilizados \*\*( $p<0,01$ ) \*( $p<0,05$ )

**Tabela 3 - Coeficiente de Correlação de Spearman ( $r_s$ )**

	<b>Idade (anos)</b>	<b>Estatura (m)</b>	<b>Peso (kg)</b>	<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>FDH</b>	<b>BORG</b>	<b>EVA</b>	<b>MORRIS</b>
<b>Idade (anos)</b>	-	-0,41	0,43	0,53	-0,21	0,26	0,82**	0,77
<b>Altura (m)</b>	-0,41	-	-0,50	-0,45	0,27	0,37	-0,78	-0,24
<b>Peso (kg)</b>	0,43	-0,50	-	0,88**	-0,12	0,75*	0,31	0,20
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	0,53	-0,45	0,88**	-	-0,42	0,48	0,34	0,33
<b>FDH</b>	-0,21	0,27	-0,12	-0,04	-	0,06	-0,01	0,16
<b>BORG</b>	0,26	0,37	0,75*	0,48	0,06	-	0,52	0,36
<b>EVA</b>	0,82**	-0,78	0,31	0,34	-0,01	0,52	-	0,88**
<b>MORRIS</b>	0,77*	-0,24	0,20	0,33	0,16	0,36	0,88**	-

\*\*( $p<0,01$ ) \* ( $p<0,05$ )

Na análise de correlação entre os diferentes fatores, pode-se identificar correlação estatística entre a Intensidade da Dor (EVA) e a idade ( $p<0,01$ ), comprometimento funcional e idade ( $p<0,05$ ), entre sensação subjetiva de esforço (Borg) e peso corporal ( $p<0,05$ ) e entre a Intensidade da Dor (EVA) e a Funcionalidade ( $p<0,01$ ).

## DISCUSSÃO

O Limite de Peso estimado pelo NIOSH de 1,30 Kg para o caso avaliado mostrou-se mais de 20 vezes inferior aos 30 Kg que representa o peso dos fardos de arroz.

As atividades de manuseio de cargas tem se destacado como a principal causa de dores na coluna, gerando altos índices de distúrbios músculo-esquelético relacionados ao trabalho, estas atividades não sobrecarregam apenas a coluna vertebral, mas também os membros superiores, que são igualmente exigidos para manter, levantar e transportar essa carga, exigindo mudanças na configuração postural e a utilização de força excessiva. Vários estudos relacionam a diminuição da distância corpo-carga como fator redutor da sobrecarga na coluna vertebral e outros que identificam a utilização de estratégias de inclinação da carga, que promove uma maior vantagem biomecânica.<sup>10</sup>

Todo manuseio de cargas (levantar, abaixar, puxar, empurrar, segurar, carregar e arrastar) envolve muito esforço estático e dinâmico, podendo ser classificado como trabalho pesado. O principal problema destas formas de trabalho, geralmente não é a carga sobre os músculos, mas o desgaste da coluna, principalmente nos discos intervertebrais da região lombar, podendo gerar muitos distúrbios. Distúrbios por sobrecarga, principalmente na região inferior da coluna, representam em torno de um quarto de todos os distúrbios ocupacionais registrados nos Estados Unidos.<sup>11</sup>

O método NIOSH descreve que há uma carga limite ideal de 23 Kg que levantada adequadamente, não oferece risco de sobrecarga à coluna vertebral do trabalhador, porém cada situação de trabalho é única, com características diferentes, impossibilitando encontrar essas características. Assim se faz necessário a definição de cada situação de trabalho em que o levantamento de carga é a principal tarefa, a carga limite recomendada, considerando-se aspectos como as características da carga, de sua embalagem (para avaliar a pega), seu peso real, a posição desta carga no espaço, a distância de alcance, o tempo e frequência de manutenção da carga.<sup>12</sup> Os indicadores encontrados envolvendo intensidade de dor e comprometimento funcional proporcional à idade dos trabalhadores e da funcionalidade mostrando correlação com a intensidade da dor destacam a importância de atenção sobre os riscos para o segmento lombar nesta amostra.<sup>12, 13</sup>

A dor no segmento lombar da coluna vertebral, definida como lombalgia, é bastante freqüente, especialmente no âmbito ocupacional. A lombalgia é um conjunto de manifestações dolorosas que acometem a região lombossacra. As condições desencadeantes da lombalgia são diversas, incluindo acometimentos degenerativos ou traumáticos no disco intervertebral ou no corpo vertebral, elevada sobrecarga nas

atividades no trabalho, movimentação excessiva, fatores psicológicos, inatividade física, flexibilidade e força reduzidas, obesidade e fumo.<sup>14,15,16</sup>

Considera-se que 97% dos portadores de dor na coluna vertebral têm sua origem em fatores mecânicos, que atingem o sistema muscular, ligamentar e tecidos conectivos musculoesqueléticos.<sup>17</sup>

A lombalgia ocupacional representa a maior causa isolada de transtorno de saúde relacionado com o trabalho e de absenteísmo, bem como, a causa mais comum de incapacidade em trabalhadores com menos de 45 anos de idade. É uma disfunção que apresenta predileção por adultos jovens e é responsável por aproximadamente 1/4 dos casos de invalidez prematura.<sup>18,19,20</sup>

Estima-se que em alguma época da vida, entre 70 a 85% pessoas de todo o mundo sofrerão de dores na coluna vertebral.<sup>21, 22, 23,24</sup>

Os níveis de incapacidade e a intensidade da dor não mostram uma relação consolidada na literatura. Certos estudos consideram a intensidade da dor o fator com maior impacto na determinação da incapacidade.<sup>25,26</sup>

A média de intensidade de dor encontrada foi de 3,5 que apesar de ser aparentemente baixa, mostrou correlação estatística com as tendências de declínio funcional. Esta intensidade merece atenção, pois o estudo envolve trabalhadores em plena atividade, que não estão afastados dos seus postos de trabalho.

Alguns trabalhos buscaram identificar o ponto de corte no qual a intensidade da dor está associada com o maior risco de incapacidade em pacientes com dor lombar, firmando este ponto em intensidade de dor  $\geq 5$  como ponto crítico.<sup>27,28</sup>

Outros estudos apontam fatores diferentes como mais importantes do que a intensidade da dor, como os níveis de atividade e os fatores psicossociais. A queda da funcionalidade é muito freqüente na lombalgia no decorrer de sua cronificação, mostrando associação com a Qualidade de Vida. Esta condição funcional depende mais do grau de capacidade / incapacidade do que da intensidade da dor.<sup>29,30</sup>

A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a lombalgia como um comprometimento que revela perda ou alteração da estrutura do segmento lombar da coluna vertebral. Tal afecção pode causar disfunções que conferem limitações ou impedem o desempenho pleno de atividades físicas. Sob a perspectiva dessa classificação, a lombalgia pode evidenciar síndromes de uso excessivo, compressivas ou posturais, relacionadas à

desequilíbrios musculoesqueléticos como fraqueza muscular, diminuição na amplitude ou na coordenação de movimentos, aumento da fadiga e instabilidade do tronco. De acordo com a CIF, a funcionalidade e a incapacidade podem ser descritas em três domínios de saúde, denominados estrutura e função do corpo, atividade e participação do indivíduo. O domínio de estrutura e da função do corpo se caracteriza pelas funções fisiológicas e/ou psicológicas dos sistemas corporais e por suas partes anatômicas. No caso da lombalgia, é comum verificar algumas alterações nesse domínio, como dor, fraqueza e desequilíbrios musculares, espasmo muscular, diminuição da flexibilidade muscular, diminuição da mobilidade articular dentre outros.<sup>29</sup>

A condição funcional da coluna lombar é determinada pela condição estrutural (anatômica), pelo funcionamento sistêmico (fisiológico) e mecânico integrado (biomecânico) dos segmentos corporais. O equilíbrio lombo pélvico envolvendo os músculos multifídeo, iliocostal lombar, transverso do abdômen, quadrado lombar e diafragma, chamado de estabilização central, determinam a condição biomecânica deste segmento vertebral.<sup>22</sup>

## CONCLUSÃO

As sinalizações de declínio funcional e início de sintomatologia dolorosa quando estão aliadas à percepções subjetivas de carga fisiológica elevada, merecem atenção especialmente ao envolver o segmento lombar da coluna vertebral. A manutenção do equilíbrio lombo pélvico parece passar em primeira instância pela necessidade de melhor adaptação das condicionantes do trabalho para aquele que trabalha. Isso ficou patente neste estudo pelos resultados do NIOSH quanto ao Limite de Peso Recomendado. Este limite de peso recomendado encontrado aponta como principal necessidade a melhoria da condição ergonômica desta atividade de trabalho. Todas as possibilidades de reconfiguração dimensional e posicional para a tarefa realizada devem ser exploradas de forma a melhor adequar a atividade às condições psicofisiológicas dos trabalhadores.

## REFERÊNCIAS

1. Santos MJ, Longen WC. Riscos Ergonomicos Junto aos Produtores Rurais de Arroz Irrigado da Localidade de Santa Rosa Município de Forquilha. TCC

(Graduação em Fisioterapia) Universidade Do Extremo Sul Catarinense, Criciúma 2008. p. 1 a 18

2. Cailliet RMD. Doenças Dos Tecidos Moles. São Paulo: Editora Artmed, 2000.

3. Ocarino JM, Gonçalves GGP, Vaz DV, Cabral AAV, Porto JV, Silva MTI. Correlação Entre um Questionário de Desempenho Funcional e Capacidade Física em Pacientes com Lombalgia. Revista Brasileira de Fisioterapia. v. 13. 2009.

4. Rora LAM, Salemi MA, Pedrozo AM, Gonçalves DC, Ollay CD. Avaliação da Utilização do Mobiliário em Postos Administrativos. Fisioterapia Brasil, Vol 10, 2009.

5. Iida Itiro. Ergonomia: Projeto e Produção. São Paulo: Editora Edgard Blücher 2000.

6. Weerdmeester JDB. Ergonomia Prática. São Paulo: Editora Edgard Blücher, 2004. p.1-3.

7. Ribeiro IAV, Tereso MJA, Abrahão RF. Análise Ergonomia do Trabalho Em Unidades De Beneficiamento De Tomates De Mesa: Movimentação Manual De Cargas. Ciência Rural. Santa Maria, 2009. vol. 39.

8. Ribeiro IQB, Santos ACJ, Gomes CA. Análise Postural dos Trabalhadores do Serviço Geral. Universidade Católica do Salvador.

9. Santos ACS, Veiga PHA, Fernandes MG. Sintomas Osteomusculares em Auxiliares de Desenvolvimento Infantil da Creche Municipal Casinha Azul em Recife. Fisioterapia Brasil, Vol 11, 2010.

10. Padula RS, Coury HJCG. Análise Cinesiológica e Biomecânica de Atividades de Manuseio de Cargas. Tese de Doutorado do Curso de Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2006.

11. Kroemer KHE, Grandjean E. Manual de Ergonomia: Adaptando o Trabalho ao Homem. São Paulo. Editora Artmed, 2005.

12. Lu ML, Waters T, Krieg E, Werren D. Efficacy of the revised NIOSH lifting equation to predict risk of low back pain associated with manual lifting: a one-year prospective study. Hum Factors 2014 Feb; 56(1):73-85

13. Garg A, Boda S, Hegmann KT, Moore JS, Kapellusch JM, Bhoyar P, Thiese M, Merryweather A, Deckow Schaefer G, Bloswick D, Malloy EJ. The NIOSH lifting equation and low-back pain, part 1: association with low-back pain in the Backworks prospective cohort study. Hum Factors 2014 Feb; 56(1):6-28

14. Panjabi MM. Clinical Spinal instability and low back pain. Journal of Electromyography and Kinesiology. v.13. 2003. 371-379.

15. Scott SC, Goldberg MS, Mayo NE. The association between cigarette smoking and back pain in adults. Spine. 24(11) 1999. 1090-8.

16. Tsuji T, Matsuyama Y, Sato K. Epidemiology of low back pain in the elderly: correlation with lumbar lordosis. *J Orthop Sci.* 6(4). 2001. 307-11.
17. Videman T, Battié MC. The Influence of Occupation on Lumbar Degeneration. *Spine.* v.24. 1999. p.1164-1168.
18. Marras WS. Occupational Low Back Disorder Causation and Control. *Ergonomics.* n. 43. 2000. 880-902.
19. National Guideline Clearinghouse. American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM). Occupational Medicine Practice Guidelines: Low Back Disorders. August. 2008.
20. Wynne-Jones G, Dunn KM, Main CJ. The Impact of Low Back Pain on Work: a Study in Primary Care Consultants. *Eur J Pain.* 12(2), 2008. 180-8.
21. National Institute For Occupational Safety and Health. Musculoskeletal Disorders and Work Place Factors. Cincinnati: National Institute for Occupational Safety And Health, 1998.
22. Mortimer M, Wiktorin C. Sports Activities, Body Weight and Smoking in Relation to Low Back Pain: a population-based case-referent study. *Scand J Med Sci Sports* 2001.
23. Smeets RJ. Do patients with chronic low back pain have a lower level of aerobic fitness than healthy controls?: are pain, disability, fear of injury, working status, or level of leisure time activity associated with the difference in aerobic fitness level? *Jan. 1;31. Spine.* 2006. 90-7.
24. Dionne CE. A Consensus Approach Toward the Standardization of Back Pain Definitions for Use in Prevalence Studies. *Spine.* 33(1). 2008. 95-103.
25. Arnstein P, Caudill M, Mandle CL, Norris A, Beasley R. Self-efficacy as a mediator of the relationship between pain, intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain.* 1999; 80: 483-491.
26. Peters ML, Vlaeyen JW, Weber WE. The joint contribution of physical pathology, pain-related fear and catastrophizing to chronic back pain disability. *Pain.* 2005; 113: 45-50.
27. Jensen MP, Karoly P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In Turk DC, Melzack, R. *Handbook of pain assessment.* New York: The Guilford press, 2001. p. 15-34.
28. Turner JA, Franklin G, Heagerty PJ, Wu R, Egan K, Fulton-Kehoe D. The association between pain and disability. *Pain.* 2004. 112: 307-314.
29. Cieza A, Stucki G. New Approaches to Understanding the Impact of Musculoskeletal Conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 18(2), 2004. 141-54.

30. Kovacs FM, Abreira V, Zamora J, Fernandez C. The Transition from Acute to Subacute and Chronic Low Back Pain: a study based on determinants of quality of life and prediction of chronic disability. *Spine*. 2005 30(15): 1786-1792.

## CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA CRIANÇAS: UMA CRÍTICA À FRAGILIDADE DA PADRONIZAÇÃO

Camila Heiden Glonek Junkes

Acadêmica de da 9ª fase do curso enfermagem da Universidade do Contestado campus Mafra-SC. Email: milajunkes@yahoo.com.br

Adriana Moro Wieczorkiewicz

Enfermeira, doutoranda em Políticas Públicas pela UFPR. Bolsista CAPES. Colaboradora do Grupo de Pesquisa do Núcleo de Ciências da Saúde e Meio Ambiente da Universidade do Contestado – Campus Mafra – SC. Email: adri.moro@gmail.com

### RESUMO

**Introdução:** No ano 2007 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a primeira lista de medicamentos essenciais para crianças, acompanhando um levantamento das necessidades de pesquisa nessa área e, da campanha “*Make Medicine Child Size*” (WHO, 2009 *apud* DA COSTA, REY, COELHO, 2009). Esta lista vem sendo atualizada bienalmente, estando em sua 4ª edição. No Brasil ainda não há regulação específica para registro e uso de medicamentos em crianças, bem como estímulo a pesquisas clínicas em pediatria (DA COSTA, REY, COELHO, 2009). A escassez de medicamentos desenvolvidos para uso em crianças obriga os prescritores a adaptar formulações indicadas para adultos e/ou adaptar formas inadequadas para determinada faixa etária (NAHATA, 1999; ‘T JONG, 2003 *apud* COSTA, LIMA, COELHO, 2009). Em urgência e emergência pediátricas este fenômeno é “chocante”, sendo que são prescritos e administrados medicamentos de forma inadequada, retardando seu efeito, ou causando reações indesejáveis, talvez, pela necessidade do controle da sintomatologia de forma rápida e eficaz. Sendo assim, este ensaio trata de uma crítica em relação às não padronizações de medicamentos pelas agências reguladoras brasileiras e/ou sua fragilidade. **Metodologia:** Trata-se de um estudo tipo perfilização clínica, técnica que compara o procedimento de um grupo de profissionais da saúde com um padrão considerado ótimo, neste caso, a “WHO Model List of Essential Medicines for Children – 4<sup>rd</sup> list” e o bulário da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 2014. A pesquisa foi realizada por meio da análise das fichas de atendimento médico e de enfermagem, de crianças, com idade entre 0 dias e 12 anos incompletos, de um pronto atendimento geral, no município de Mafra/SC que foram atendidas em 2012, exclusivamente via sistema único de saúde (SUS). A amostra foi de 8.096 fichas, o que correspondeu a 55% dos atendimentos em pediatria no referido ano. Justifica-se a baixa amostragem, devido a não disponibilidade das demais no arquivo da secretaria de saúde, considerando que no período estudado o atendimento não era informatizado, e as demais fichas não foram localizadas pelos responsáveis. Os dados foram tabulados no programa IBM SPSS statistics 21 e Microsoft excel 2010, e analisados por meio de estatísticas descritiva. **Resultados/Discussão:** Os resultados obtidos demonstraram que 23% (n=1839) dos atendimentos resultaram em prescrição para administração na unidade. Foram prescritos 70 fármacos diferentes, dos quais 10 não estão disponíveis na instituição em questão. Os medicamentos que apresentaram inadequações, de acordo com a OMS, foram: ácido acetilsalicílico, administrado no tratamento de enxaqueca (n=1); ibuprofeno, administrado em menor de 03 meses (n=1); hidrocortisona, utilizada em dose superior a 100mg (n=48) e; metoclopramida administrada em neonato (n=1). Já



de acordo com os produtores dos medicamentos, acessados através do bulário da ANVISA, foram: captopril (n=1), cetoprofeno (n=33), diazepam comprimido (n=5), diclofenaco injetável (n=39), fenitoína via IM (n=1), fleet enema (n=5), ranitidina (n=36) e tramadol (n=16) que não são indicados para uso em crianças, pela apresentação, via ou falta de estudos de segurança e eficácia nesta faixa etária. A hidrocortisona apresentou inadequação relacionada à diluição, pois é recomendada concentração máxima de 01mg/ml após reconstituição, tendo sido administradas concentrações até 25 vezes superiores. A fenitoína foi diluída em solução glicosada, com a qual é incompatível. O paracetamol foi administrado em dose superior à máxima recomendada (n=3). Dimenidrinato (n=1), ibuprofeno (n=2), prometazina (n=3) e dipirona (n=20) foram utilizados em faixa etária contraindicada. A metoclopramida foi utilizada em idade contraindicada (n=32) e não recomendada (n=601). Quanto à indicação, escopolamina foi administrada na diarreia aguda (n=22) e a levomepromazina (n=2) para realização de sutura, além de ser em idade contraindicada. **Conclusões:** Pode-se considerar que a prescrição de medicamentos e, a adequação das mesmas a populações infantis apresenta-se como um problema de saúde pública, necessitando de estudos mais rigorosos, levando em consideração além da patologia, as características fisiológicas do indivíduo a ser medicado. O déficit de conhecimento sobre os medicamentos indicados para a pediatria, assim como, as vias de administração e dosagens mais adequadas, acarreta prescrições inadequadas, o que pode ser extremamente prejudicial para a criança. A observação da constante adaptação de formulações, doses e vias de administração em comparação com a legislação sanitária e padronizações desperta o interesse para desenvolvimento de outros estudos, com o intuito de melhorar tanto a qualidade das prescrições médicas, quanto do preparo e administração pela equipe, visando prestar uma assistência mais segura, com relação ao tratamento farmacológico, às crianças, principalmente em se tratando de urgência e emergência.

**Palavras-chave:** Pediatria; Pronto Socorro; Uso de medicamentos; Prescrições de medicamentos.

## REFERÊNCIAS

COSTA, Patrícia Quirino, REY, Luis C., COELHO, Helena Lutécia Luna. Lack of drug preparations for use in children in Brazil. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, 85 (3): 229-235, 2009.

COSTA, Patrícia Quirino, LIMA, Janete Eliza Soares de, COELHO, Helena Lutécia Luna. Prescrição e preparo de medicamentos sem formulação adequada para crianças: um estudo de base hospitalar. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. Vol. 45, n. 1, jan./mar. 2009.

WHO. **Model List of Essential Medicines for Children**. 2013. Disponível em: <<[http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/4th\\_EMLc\\_FINAL\\_web\\_8Jul13.pdf](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/4th_EMLc_FINAL_web_8Jul13.pdf)>>. Acesso em agosto de 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Bulário eletrônico. [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/index.asp](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp). 2014.

## EPICONDILITE LATERAL DO COTOVELO COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE LER/DORT: REVISÃO SOBRE O MANEJO E A RECUPERAÇÃO FUNCIONAL

Regis Casagrande

Fisioterapeuta. Pós Graduado em Fisioterapia Traumato Ortopédica e Esportiva pela UNESC.

Maicon Martins

Graduando da 4ª fase do Curso de Fisioterapia da UNESC. Bolsista do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST

Willians Cassiano Longen

Fisioterapeuta. Mestrado em Ergonomia. Doutorado em Ciências da Saúde. Professor da Unidade de Ciências da Saúde - UNASAU. Professor Pesquisador do Programa Incubado de Pós Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador – NEPST

### RESUMO

**Introdução:** O número de pacientes com recorrência dos sintomas de dor e desconforto na região do cotovelo é bastante significativa, tendo em vista que a cronificação em muitos destes casos torna-se bastante comum, chegando a se apresentar às vezes, bilateralmente, mesmo com a aplicação de tratamento conservador (Maia et al, 2013). Com isso, este estudo buscou os resultados do tratamento conservador e suas mais variadas técnicas, a exemplo das ondas de choque. **Desenvolvimento:** Foram analisados vários artigos relacionados ao tema incluindo o uso da Fisioterapia com seus métodos específicos e com a aplicação de ondas de choque. Essa diversidade de opções de tratamento existentes remete a acreditar que uma estratégia ideal de tratamento ainda não seja conhecida (Stasinopoulus et al, 2006). Um estudo relacionado a Fisioterapia com cyriax foi utilizado no tratamento de cotovelo de tenista, e mostrou fazer-se necessário uma maior investigação para que se avalie melhor a eficácia e os seus efeitos, já que compararam os efeitos de injeções de corticóide associado a Fisioterapia com cyriax e os resultados mostraram a injeção de corticóide como sendo mais eficaz sobre dor, função, a força de preensão, e apreciação global (Stasinopoulus et al, 2006). Com relação a efetividade do tratamento com infiltrações de corticosteroide os resultados são positivos na redução da dor a curto prazo, porém vários estudos de elevada qualidade mostraram reversão do quadro doloroso com o passar do tempo, sugerindo que a infiltração de corticosteroides não é tão benéfica com relação aos outros tipos de tratamentos conservadores a médio longo prazo (Ferreira et al, 2013). Sugere-se ainda, que o uso de exercícios excêntricos para o tratamento de epicondilite lateral de cotovelo seja efetivo, pois estudos recentes mostram que pacientes submetidos a este tipo de exercícios de forma isolada ou como complementação de outras técnicas terapêuticas, apresentam diminuição da dor e melhora da função e força de preensão (Cullinane, et al 2013). Uma vez que tenha conseguido o controle da dor, o paciente iniciará o tratamento fisioterapêutico através de alongamento e ganho de amplitude articular de punho e cotovelo, seguido de exercícios isométricos e isocinéticos. Não existindo dor, inicia-se com o processo de reforço muscular, em certos casos recomendando-se o uso de um *brace* para controle da expansão muscular. Em conseguindo realizar os exercícios de repetição até o cansaço sem que ocorra dor, o paciente estará autorizado a retornar a prática esportiva ou atividade laborativa. Outra forma de tratamento seria as ondas de choque, Petronne Mc Call observaram uma

redução de pelo menos 50% da dor em 64% dos pacientes submetidos a este tipo de terapia. Em uma revisão de literatura, Buchbinder et al concluíram que o benefício da terapia com onda de choque para epicondilite lateral de cotovelo é mínimo (Cohen, et al 2012). Crowther e colaboradores realizaram um estudo com aplicação de ondas de choque e mostraram que em 3 sessões semanais de 2000 pulsos os resultados foram de 60% (Crowther et al, 2002). **Considerações finais:** Com base nos dados levantados neste estudo pode-se constatar que para epicondilite lateral crônica, a hiperestimulação de baixa frequência pode resultar em melhora clínica e significativa na dor, força de preensão. Outras abordagens terapêuticas como o uso do ultra-som, laser, e manipulações também mostram sucesso limitado, bem como, Cyriax mostram bons resultados, porém não de maneira definitiva. Já aplicação de radiofrequência e tratamentos por ondas de choque mostram resultados variados, pois sua aplicabilidade não elimina por completo as queixas de dor, remetendo à necessidade de individualização dos casos.

**Palavras-chave:** Epicondilite Lateral; Cotovelo de Tenista; Tratamento; Fisioterapia.

## REFERÊNCIAS

Maia PEC, Severo ALM, Piluski P, Lech O. Epicondilite Lateral do Cotovelo. Brasil, 2013.

Ernesto CAP, Moura PS. Análise da Evolução Funcional da Epicondilite Lateral de Cotovelos tratados com Plasma Rico em Plaquetas. Revista Panorâmica. Barra de Garças, Brasil. 2012 v. 13, p.41-52.

Deepak BA, Shende ML, Khatri S. Mobilization With Movement Technique as an Adjunct to Conventional Physiotherapy in Tratment of Chronic Lateral Epicondylits-A Comparative Study. J Nov Physiother, Maharashtra, India, v.2, 2012; 2:7.

Miyazaki NA, Fregoneze, M, Santos PD, Silva LA, Pires DC, Neto JM, Rossato LH; Checchia SL. Avaliação dos resultados do Tratamento Artroscópico da Epicondilite Lateral. Revista Brasileira de Ortopedia. São Paulo, Brasil. 2010;45(2): 136-40.

Nourbakhsh MR, Fearon FJ. An alternative approach to treating lateral epicondylitis. A randomized, placebo-controlled, double-blinded study. Clinical Rehabilitation, Georgia, Usa. 2008, 22: 601-609.

## OS EFEITOS DA ALTA FREQUÊNCIA NA FACE DE INDIVÍDUOS COM ACNE VULGAR

Ariete Inês Minetto

Mestre em Educação, Universidade do Extremo Sul Catarinense,  
E-mail: ariete@unesc.net

Carlos Victor Rigobello

Acadêmico de fisioterapia, Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: carlosrigobello@hotmail.com

### RESUMO

**Introdução:** O Alta Frequência é recurso de eletroterapia que oferece correntes alternadas de alta frequência bem como a passagem de ondas eletromagnéticas pelo ar ou outros gases rarefeitos os quais irão provocar a formação de ozônio, que possui propriedades bactericidas e antissépticos. É uma opção de tratamento para a acne, a qual se trata de uma doença genético hormonal, de localização pilos sebácea, com formação de comedões, pápulas, cistos, em cuja sua evolução progride à um processo inflamatório de maior intensidade, promovendo a formação de pústulas e abscessos, com frequente êxito cicatricial. Apresentamos como objetivo avaliar os efeitos do Alta Frequência na face de indivíduos com acne vulgar. **Metodologia:** A amostra foi coletada nas clínicas integradas Unesc, contando com 5 pacientes, sendo 4 do sexo masculino e 1 do sexo feminino. A pesquisa foi conduzida de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido analisada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNESC sob o parecer CEP nº 246.658/2013. Por se tratar de indivíduos com idade entre 14 e 17 anos, com presença de acne vulgar, os quais compõem os dados parciais de um estudo piloto aplicado nas Clínicas Integradas da universidade do Extremo Sul Catarinense - unesc. Os voluntários realizaram sessões com um eletrodo do tipo oco, de vidro com ar rarefeito gerador de gás como neon no seu interior os quais foram recebidos de forma consecutiva, de acordo com a inscrição na secretaria do Setor de Fisioterapia. **Resultados/Discussão:** Observou-se uma melhora significativa considerando que  $p < 0,05$ , em relação a aparência da acne vulgar, após o uso do aparelho Alta Frequência. Todos os pesquisados mostraram-se satisfeitos com a aparência da pele em relação ao quadro de acne após a aplicação do protocolo proposto. O Alta Frequência aplicado nos adolescentes ofereceu uma diminuição da presença de acne vulgar quando comparada o antes e após as 5 (cinco) sessões aos quais estes foram submetidos, apresentando uma diminuição do quadro de infecção e inflamação através de sua ação que consiste principalmente na formação de  $O_3$ . Antes do protocolo proposto os indivíduos eram insatisfeitos com a aparência da pele em relação a acne vulgar, com média de 5,6 ( $DP \pm 0,89$ ) onde a nota mínima era 4,0 e a máxima era 6,0. Após a aplicação do protocolo a média foi 9,0 ( $DP \pm 0,79$ ) sendo que a nota mínima foi 8,0 e a nota máxima foi 10,0. Havendo uma melhora significativa ( $p < 0,05$ ) da aparência da pele com acne vulgar nos 100% dos voluntários. Esta investigação demonstra que tratamentos específicos e adequados aos indivíduos acneicos, poderá ajudar pacientes a superar a timidez e o isolamento social que estes experimentam com a acne vulgar. Adolescentes são mais propensos a esses sequelas em função da

pressão da sociedade e a necessidade de pertencimento social. A satisfação com o tratamento recebido deixou os voluntários satisfeitos e dispostos a continuar o tratamento com o Alta Frequência. **Conclusões:** Concluiu-se que o Alta Frequência é um Método não invasivo, eficaz. Por meio desse estudo, se pode observar através de investigações experimentadas a melhora no aspecto da pele acnéica e na diminuição do processo inflamatório. A satisfação quanto a aplicação da técnica e de seus resultados apresentaram é outro fator relevante apontado pelos pesquisadores por seus efeitos positivos, comprovando as hipóteses propostas após a aplicação da terapia.

**Palavras-chave:** Alta frequência; Acne Vulgar; Inflamação.

## REFERÊNCIAS

- 1 – Sampaio, Sebastião A. P.; Rivitti, Evandro A. Dermatologia. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2011.
- 2 – Massuia, Fernanda Aparecida de Ornela et al. Intervenção Fisioterapêutica em Comedões Abertos e Fechados na Acne Vulgar. Disponível em: <<http://www.inspirar.com.br/revista/2011/03/intervencao-fisioterapeutica-em-comedoes-abertos-e-fechados-na-acne-vulgar/>> Acesso em: 06 out. 2013.
- 3 – Machado, Andréia Vasconcelos; Almeida, Josefa Flávia Santos; Dantas, Elaine Alves; Castro, Lauriliana Correia; Nunes, Suelen Carvalho. Tratamento da acne com o uso de ácido úsnico e própolis. Rev. Fisioter Bras. 2012 nov-dez;(13):414.
- 4 – Lima, Cristiane de Lima Pacheco de Miranda; Leoni, Tatiane. A importância da higienização dos canais foliculares no tratamento da acne vulgar. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Cristiane%20de%20Lima%20e%20Tatiane%20Leoni.pdf>>. Acesso em: 06 out.2013.
- 5 - Wolff, Klaus et al. Fitzpatrick tratado de dermatologia, 7ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

## **FREQUÊNCIA DE RESULTADOS ALTERADOS NOS EXAMES DE PAPANICOLAU EM USUÁRIAS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE CRICIÚMA – SC**

**Mariana Sifroni Farias**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/ Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. E-mail: marisifroni@gmail.com

**Juliét Silveira Hanus**

Graduada em Fisioterapia pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/ Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. E-mail: julietshanus@hotmail.com

**Francielle Lazzarin de Freitas Gava**

Pós graduada em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do SUS pela Escola de Saúde Pública De Santa Catarina Professor Mestre Osvald. E-mail: flfgava@hotmail.com

**Ioná Vieira Bez Birolo**

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, SC, Brasil. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC E-mail: ionavieira71@hotmail.com

**Luciane Bisigonin Ceretta**

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil. Coordenadora do de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. E-mail: luk@unescc.net

### **RESUMO**

**Introdução:** O exame preventivo, conhecido também como exame Papanicolau é uma forma de prevenção do Câncer do Colo Uterino (CCU) e um modo de identificação de doenças. Observando a prevenção das doenças transmissíveis e seus agravos, o Ministério da Saúde constitui a prevenção um foco de atenção, tendo o objetivo de minimizar as suscetibilidades a essas patologias, além de proporcionar à população melhor qualidade de vida (VASCONCELOS, 2008; KUNDE; BIGHETTI, 2011). Sabe-se que as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e as lesões precursoras do CCU são altamente prevalentes no mundo, além se constituírem causa de morbi-mortalidade, assolando milhares de pessoas principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil. Sendo assim, constituem atualmente em nosso país um problema de saúde pública (BESERRA; ARAUJO; BARROSO, 2007; COELHO et al., 2011). No mundo o número de casos novos de CCU é de 500 mil por ano, sendo que no Brasil é responsável pela morte de aproximadamente 17.000 mulheres/ano (SILVA et al., 2010; STABILE et al., 2012). A relevância da doença, juntamente com a alta incidência e mortalidade, justificam o direcionamento das ações de rastreamento, diagnóstico precoce e atividades de prevenção. Considerando a temática abordada, este trabalho trata da avaliação dos resultados alterados do exame Papanicolau em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma cidade do sul de Santa Catarina, tendo como objetivo identificar os diferentes resultados apresentados durante o ano de 2013, considerando a realidade da comunidade de abrangência da unidade. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional,

transversal, descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Estratégia de Saúde da Família do Paraíso/ Tereza Cristina na cidade de Criciúma – SC, a qual pertence ao Distrito Sanitário Boa Vista. Foram analisados todos os exames realizados no ano de 2013, os quais são registrados no “livro preto” de preventivo da ESF, onde dados como nome, idade, endereço, telefone, observações e resultados são anotados. **Resultados/Discussão:** O exame Papanicolau, além de ser um método de rastreamento do CCU, permite a detecção precoce das lesões pré-neoplásicas, bem como dos agentes de processos inflamatórios que causam desconforto. A ESF estudada realizou em 2013, 225 coletas. Os resultados mostraram que dos 225 exames realizados no ano de 2013, 81(36%) apresentaram a presença de resultados anormais. Destes, 4 (1,7%) apresentaram como resultado a presença do flagelo *Trichomonas Vaginalis*, agente etiológico causador da Tricomoniase. A presença de *Gardnerella Vaginalis* foi identificada em 43 (19,1%) dos resultados, e 16 (7,1%) apresentaram como resultado a presença da *Candida Albicans*, agente etiológico da candidíase. A presença de lesões precursoras do CCU foram identificadas em 3 (1,3%) dos resultados, sendo que 1 (0,4%) destes apresentou NICI e 2 (0,8%) destes NICII e III. Além disso, o número de amostras insatisfatórias da coleta do Papanicolau foram de 4 (1,7%), tendo a necessidade de repetir o exame. Os resultados mostraram que é fundamental para as mulheres a adoção de uma nova postura para a prevenção de doenças e também que os profissionais de saúde envolvidos participem de forma integral em todo o processo, desde a realização do exame, orientação para a importância de retornar e buscar o resultado, bem como da possibilidade de detecção e tratamentos precoces do CCU. A problemática das DSTs e do CCU em nossa sociedade advém de diferentes fatores, tais como aspectos culturais, educacionais, ambientais e condições socioeconômicas da população, havendo a necessidade de estratégias criteriosas no seu combate. **Conclusões:** Desta forma, pelo número elevado de resultados alterados apresentados, identificamos a necessidade de atividades de educação em saúde para enfatizar a prevenção de DSTs e outras doenças, assim como a importância da realização do exame Papanicolau.

**Palavras-chave:** Atenção Primária a Saúde; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Saúde Pública; Teste de Papanicolaou.

## REFERÊNCIAS

BESERRA, Eveline Pinheiro; ARAÚJO, Márcio Flávio Moura de; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis: Narrativas em uma Área de Espera. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p.18-25, 2007.

COELHO, Rui Flávio de Souza et al. Conhecimentos e Crenças Sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/AIDS entre Adolescentes e Jovens de Escolas Públicas Estaduais da Região Oeste de Goiânia. **Revista de Patologia Tropical**, Goiânia, v. 40, n. 1, p.56-66, 2011.

KUNDE, Vanise Lambrecht; BIGHETTI, Tania Izabel. Atipias no resultado do pré-câncer de colo de útero no Pronto Atendimento 24h do município de Canguçu-RS. **Revista de Enfermagem e Saúde (jonah / Rens)**, Pelotas, v. 1, n. 1, p.139-146, 2011.

SILVA, Sílvio Éder Dias da et al. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. **Revista Escola de Enfermagem Usp**, São Paulo, v. 44, n. 3, p.554-560, 2010.

STABILE, Sueli Aparecida Batista et al. Estudo comparativo dos resultados obtidos pela citologia oncótica cérvico-vaginal convencional e pela citologia em meio líquido. **Einstein**, São Paulo, v. 4, n. 10, p.466-472, 2012.

VASCONCELOS, Camila Teixeira Moreira. **Efeitos de uma intervenção educativa na adesão das mulheres à consulta de retorno para receber o resultado do exame de Papanicolaou**. 2008. 81 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.



## ATUAL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO PROFISSIONAL NUTRICIONISTA DA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO CARBONÍFERA DE SANTA CATARINA

Tamy Colonetti

Nutricionista Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: tamycolonetti@hotmail.com.

Luciane Bisognin Ceretta

Doutora em Ciências da Saúde. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: luk@unesc.net.

Lisiane Tuon

Doutora em Medicina e Ciências de Saúde. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. Email:ltb@unesc.net.

Priscyla Waleska Simões

Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: pri@unesc.net.

Rita Suselaine Vieira Ribeiro

Mestre em Ciências da Saúde. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: rsv@unesc.net.

### RESUMO

**Introdução:** A regulamentação da profissão de Nutricionista no Brasil deu-se em 24 de abril de 1967, com a Lei nº 5.276, atualmente substituída pela Lei nº 8.234 de 17 de setembro de 1991 (BRASIL, 1967). Uma das áreas em maior ampliação e consolidação é a da Nutrição em Saúde Coletiva, principalmente pela ampliação das políticas públicas que incluem este profissional. A inserção do Nutricionista na saúde historicamente está ligada aos programas de alimentação e nutrição e compreender essa trajetória, juntamente com as políticas de alimentação e nutrição no Brasil, requer compreender as circunstâncias econômicas, políticas e sociais em que o país passava no momento em que as políticas de alimentação e nutrição foram implantadas (VASCONCELOS, 2011). A alimentação e nutrição compõem os princípios básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando o crescimento e desenvolvimento pleno do ser humano com qualidade em todas as fases da vida. Dessa forma as ações de alimentação e nutrição são fundamentais no contexto da atenção básica, principalmente no que se refere à Estratégia Saúde da Família (VASCONCELOS, 2002). O objetivo do presente estudo visa identificar o perfil do profissional Nutricionista atuante na Atenção Básica da Região Carbonífera de Santa Catarina. **Metodologia:** Este trabalho caracterizou-se como uma pesquisa descritiva, de temporalidade transversal e de abordagem quantitativa. O estudo foi realizado com os Nutricionistas inseridos na Atenção Básica da Região Carbonífera de Santa Catarina. As entrevistas foram realizadas conforme disponibilidade de cada profissional, sendo realizadas com o auxílio de um roteiro estruturado preestabelecido pela pesquisadora. A base de dados e análise estatística foi realizada no programa

Statistical Package for Social Sciences 20.0 e constituiu-se do cálculo de médias, desvio padrão, frequências absolutas e relativas.

**Resultados/Discussão:** Participaram dez nutricionistas das doze atuantes na atenção básica. Constatou-se que 100,0% dos Nutricionistas atuantes na Atenção Básica desta região são do sexo feminino, 60,0% com faixa etária entre 26 a 30 anos, sendo a média de 27,10 ( $\pm 2,28$ ) anos e solteiras (60,0%). No que se refere à formação acadêmica, 50,0% concluiu a graduação a menos de cinco anos, média de 4,6 ( $\pm 1,77$ ) anos e 50,0% em entre 5 a 10 anos de formada. Todas as entrevistadas possuem especialização, com destaque para os títulos de especialistas em Nutrição Clínica (42,9%) e Saúde da Família (28,6%). No que diz respeito à área de atuação profissional, 80,0% atuavam exclusivamente na atenção básica e nenhuma atuava em outra área fora da Nutrição, dedicando-se apenas ao cargo de Nutricionista. A predominância do sexo feminino dentre os profissionais Nutricionistas é demonstrada em alguns estudos que caracterizam o perfil deste profissional, nas diferentes áreas de atuação do Nutricionista. Segundo o Conselho Federal de Nutricionistas em uma pesquisa publicada em 2006, que avaliou a inserção do Nutricionista no Brasil, constatou que 96,5% eram mulheres (CFN, 2006). Com relação à faixa etária, notou-se que a maior parte (60,0%) possui idade entre 26 a 30 anos, assim como nas pesquisas de Minas Gerais, onde 56,0% possuíam idade entre 25 a 40 anos e no estudo realizado com os profissionais da Atenção Básica da Região Metropolitana de Campinas, onde apresentaram idade entre 25 a 46 anos (PADUA; BOOG, 2006). Quando questionadas sobre a especialização todas as Nutricionistas estavam cursando ou finalizaram uma ou mais especializações. Dentre as especializações cursadas 42,9% possuíam especialização em Nutrição Clínica e 28,6% em Saúde da Família. É importante salientar que a especialização em Saúde da Família foi relatada como uma procura das profissionais após estarem inseridas no serviço de atenção básica, como forma de aperfeiçoamento para o trabalho exercido. **Conclusão:** Observamos neste estudo que ainda é pequeno o número de Nutricionistas inseridas na Atenção Básica da Região Carbonífera. Em sua totalidade os Nutricionistas atuantes foram mulheres adultas jovens, solteiras e vinculadas ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), no setor saúde de seus respectivos municípios. A portaria 154/2008 que institui o NASF foi uma importante estratégia de inserção do profissional Nutricionista na Atenção Básica, mas a inserção deste profissional não deve ser limitada apenas ao NASF. Na atual Política Nacional de Atenção Básica, 2488/2011, já refere à equipe de saúde da família com uma composição mínima, não excluindo a possibilidade de atuação de outros profissionais da saúde, como o Nutricionista, compondo a equipe de Saúde da Família e não só como um apoio.

**Palavra-chave:** Nutricionista; Atenção Primária à Saúde; Recursos Humanos.

## FINANCIAMENTO

Ministério da Saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 5.276 de 24 de abril de 1967. Dispõe sobre a profissão de Nutricionista, regula o seu exercício, e dá outras providências. 1967 [acesso em 20 de novembro de 2013]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L5276.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L5276.htm).

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de; BATISTA FILHO, Malaquias. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 81-90. Jan. 2011.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Rev. Nutr.** Campinas, v.15, n.2, p.127-138. Ago. 2002.

CFN. Conselho Federal de Nutricionistas. Perfil da atuação profissional do nutricionista no Brasil / Conselho Federal de Nutricionistas. – Brasília- DF. CFN, 88p. 2006. 2006. [Acesso em 13 de maio de 2013]. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/Cartilhas/59.pdf>

PÁDUA, Joyce Guilhermino de; BOOG, Maria Cristina Faber. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. **Rev. Nutr.** Campinas, v.19, n.4, p.413-424. Ago. 2006.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a todas as nutricionistas que muito gentilmente aceitaram participar da pesquisa.

## **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CARBONÍFERA A PARTIR DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÕES**

**Juliét Silveira Hanus**

Fisioterapeuta, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. E-mail: julietshanus@hotmail.com;

**Mariana Sifroni Farias**

Enfermeira, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. E-mail: marisifroni@gmail.com;

**Francielle Lazzarin de Freitas Gava**

Enfermeira, Gerente da Estratégia de Saúde da Família Paraíso e Tereza Cristina. E-mail: flfgava@hotmail.com;

**Luciane Bisognin Ceretta**

Enfermeira, Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. E-mail: luk@unesc.net;

**Lisiane Tuon**

Fisioterapeuta, Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. E-mail: ltb@unesc.net

### **RESUMO**

Os sistemas de informação em saúde nacionais contribuem para a construção dos diagnósticos sobre a situação sanitária de cada município (RIQUE; SILVA, 2011). Para padronizar os procedimentos normativos relacionados às notificações e a vigilância em saúde, resolve-se definir as terminologias adotadas na legislação nacional, que estas serão notificadas e registradas no Sistema de Informação de Agravos-SINAN (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2011). Este estudo teve como objetivo identificar o perfil epidemiológico do Sistema de Informação e Notificação de uma Estratégia de Saúde da Família de um município da Região Carbonífera. Trata-se de um estudo descritivo, observacional, de corte transversal de base populacional, retrospectivo com abordagem quantitativa, acerca das notificações de Agravos de uma Estratégia de Saúde da Família de um município da Região Carbonífera. O município possui população média segundo o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), ano base 2012 de 202.395 habitantes. A pesquisa foi realizada na Estratégia de Saúde da Família do Paraíso/ Tereza Cristina na cidade de Criciúma – SC, a qual pertence ao Distrito Sanitário do Boa Vista. Foi solicitado ao sistema de vigilância em saúde do município que esta realizou uma busca na base de dados do SINAN NET do município referente aos dados do ano base de 2013 e verificado nas fichas de notificações da ESF pesquisadas no mês de abril de 2014. As notificações são divididas em semanas epidemiológicas, sendo que no ano de 2013 foram 52 semanas, a primeira iniciando em 30/12/2012 e a última em 28/12/2013. No município foram notificados 4.272 agravos, sendo que 3.670 eram residentes do município estudado e 1.582 foram casos confirmados. Pela base de dados do SINAN NET foram notificados 16 agravos no ano de 2013, sendo que 1 (um) foi acidente de trabalho grave, 9 (nove) varicela, 5 (cinco) atendimentos antirrábico e 1 (uma) violência. Já nas

fichas de notificações da ESF estudada foram identificadas 17 notificações, sendo que 3 (três) foram sífilis, 9 (nove) varicela, 1 (uma) violência, 4 (quatro) atendimento antirrábico. As semanas epidemiológicas de 1 e 26 que compreendem as semanas de 30/12/2013 à 29/06/2013 não houveram notificações. As demais semanas epidemiológicas não houve notificações. Os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho configuram-se como um complexo problema econômico, social e de Saúde Pública para um país, com repercussões nas condições de vida e saúde dos trabalhadores e suas famílias, gerando ônus econômico e social (RIOS et al., 2012). No Brasil, os agravos causados pelas causas externas (acidentes e violências), representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 39 anos. Dados do Ministério da Saúde revelaram, no período de 1980 a 2006, um total de 2.824.093 óbitos por causas externas (VELOSO et al., 2013). Segundo o Ministério da Saúde, entre os anos de 2000 a 2009, cerca de 425.400 pessoas procuraram atendimento médico por cada ano desse período, em razão de terem sido expostas ou julgarem-se expostas ao vírus da raiva; destas, mais de 64% receberam esquema de profilaxia de pós-exposição (SILVA et al., 2013). Em um estudo realizado entre os anos de 1997 e 2007 na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, mostrou a incidência de varicela por faixa etária no estado de Santa Catarina e na capital do estado, onde na capital houve decréscimo da incidência de varicela devido à vacinação em massa nas crianças de com faixa etária de 1 a 4 anos, que quando comparado ao restante dos municípios do estado, estes houve tendência crescente do número de notificações (KUPEK; TRITANY, 2009). Percebeu-se que o hábito de realizar as notificações ainda é ignorado por muitos profissionais que trabalham na saúde, visto que muitos agravos estão subestimados. Os dados coletados a partir das fichas de notificações da ESF e os dados coletados no SINAN NET apresentam divergências quando comparados, fato este, que nos faz refletir o quanto realmente o sistema de informação traz de dados fidedignos. Como consequência o manejo da incidência desses agravos muitas vezes não é satisfatório, visto que os casos ainda são subestimados.

**Palavras-chave:** Notificação; Estratégia de Saúde da Família; Vigilância em Saúde Pública.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.

KUPEK, E; TRITANY, E. F. Impact of vaccination against varicela on the reduction of the disease incidence in children and adolescents from Florianópolis, Brazil. *J Pediatr (Rio J)*, v. 85, n. 4, p. 365-368, 2009.

RIOS, M. A.; NERY, A. A.; ALVES, M. S.; et al. Acidentes e doenças relacionadas ao trabalho em Jequié, Bahia, registrados no Instituto Nacional de Seguridade Social, 2008-2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 21, n. 2, p. 315-324, 2012.

RIQUE, J.; SILVA, M. D. P. Estudo da subnotificação dos casos de Aids em Alagoas (Brasil), 1999-2005. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n.2, p. 599-603, 2011.

SILVA, G. M.; BRANDESPIM, D. F.; ROCHA; M. D. G. et al. Notificações de atendimento antirrábico humano na população do município de Garanhuns, Estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2007 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 22, n. 1, p. 95-102, 2013.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, 2013.

## **FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIVERSIDADE NO EXTREMO SUL CATARINENSE**

**Sabrina Germano Silva da Veiga**

Acadêmico da Sexta fase do Curso de Enfermagem – Unesc, E-mail: [sabrinagermano00@hotmail.com](mailto:sabrinagermano00@hotmail.com)

**Ioná Vieira Bez Birolo**

Professora do Curso de Enfermagem. Mestre em Enfermagem – Unesc, E-mail: [iona@unesc.net](mailto:iona@unesc.net)

**Valdemira Santana Dagostin**

Professora do Curso de Enfermagem. Mestre em Ciências da Saúde – Unesc, E-mail: [vsd@unesc.net](mailto:vsd@unesc.net)

**Mágada Tessmann Schwalm**

Professora do Curso de Enfermagem. Mestre em Ciências da Saúde – Unesc, E-mail: [mts@unesc.net](mailto:mts@unesc.net)

**Luciane Bisognin Ceretta**

Professora do Curso de Enfermagem. Doutora em Ciências da Saúde – Unesc, E-mail: [luk@unesc.net](mailto:luk@unesc.net)

### **RESUMO**

**Introdução:** A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), e estas, são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008. Nos países menos favorecidos socialmente este percentual tende a aumentar para aproximadamente 80%. Um terço dessas mortes ocorre precocemente, ou seja, em pessoas com menos de 60 anos. (BRASIL, 2011). Na última década esta taxa reduziu em 20%, com destaque para as doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Existe possibilidade de que tal diminuição decorra da expansão da Atenção Primária, melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% (1989) para 15,1% (2010). (BRASIL, 2011). A HAS sozinha causa 7,5 milhões de óbitos, ou seja, 12,8% de todas as mortes, é fator de risco para doenças do aparelho circulatório e para doenças cerebrovasculares, pode-se atribuir à isto, 40% dos óbitos por Acidente Vascular Encefálico (AVE). O impacto da HAS na população pode ser constatado a partir dos óbitos por doença cerebrovascular. (RIO, 2010); (WHO, 2009a); (BRASIL, 2011); (WHITWORTH, 2003). Segundo Rio, 2010 a prevalência de HAS entre os adultos brasileiros é de 22,3% a 43,9%. Acima dos 40 anos tem-se uma prevalência de 35%, este é o parâmetro adotado pela Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus pelo Ministério da Saúde. A HAS ocorre cada vez mais cedo na vida das pessoas, acometendo inclusive 4% das crianças e adolescentes. Sendo a HAS uma doença silenciosa, o rastreamento da HAS, diagnóstico precoce e tratamento adequado são medidas importantes de saúde que reduzem a mortalidade por causas cardiovasculares. Apenas 50% dos portadores de HAS sabem que são hipertensos. Entre os portadores de HAS que conhecem sua condição, 40% fazem tratamento e 10% apresentam HAS controlada. (RIO, 2010). Recomenda-se que a aferição anual da Pressão Arterial, dos adultos acima de dezoito anos, esteja entre as responsabilidades da equipe de referência na Atenção Primária. Em casos de Pressão Arterial acima do parâmetro considerado adequado, deve-se encaminhar para avaliação médica, se o diagnóstico de HAS for confirmado, o usuário deverá receber acompanhamento ininterrupto, visto que se configura em uma situação

crônica. (RIO, 2010). Para esta pesquisa adotamos o conceito do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial, Manual de Hipertensão Arterial do Ministério da Saúde, onde, se considera HAS quando os valores encontrados sejam iguais ou superiores a 140/90 mmHg sem a interferência de medicações anti-hipertensivas e, aferidos em pelo menos dois momentos diferentes. (BRASIL, 2002). **Objetivos:** definir o perfil sócio demográfico dos funcionários participantes da pesquisa; Investigar a existência de fatores de risco/sintomas para HAS entre funcionários participantes da pesquisa; Identificar o conhecimento existente sobre a HAS dos profissionais participantes da pesquisa. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, do tipo descritivo, transversal e de campo, realizada em uma universidade do extremo sul catarinense com os seguintes. A população desta pesquisa são os funcionários da universidade do extremo sul catarinense, não portadores de HAS. A amostra foi calculada com a fórmula de Barbetta, onde, n é igual ao total de funcionários do setor administrativo, considerou-se erro amostral de 5%. A coleta de dados foi realizada com entrevista estruturada e três aferições de pa em três momentos diferentes. **Considerações Finais:** Os principais resultados demonstram que apesar de não haver funcionários entrevistados que apresentaram hipertensão arterial, evidenciou-se que grande parte dos entrevistados estão inseridos em importantes grupos de fatores de risco, o que é um dado fundamental para que medidas de prevenção sejam direcionadas a estes grupos expostos a fatores de risco. É importante salientar que é indispensável o desenvolvimento de estudos que possam identificar o perfil de necessidades de cuidados de determinada população, para que sejam investigadas as causas e estudadas ações de prevenção, as quais devem estar sempre inseridas nos serviços de assistência à saúde, sendo direcionada a toda a população, mas principalmente a indivíduos com maior vulnerabilidade.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial Sistêmica; Enfermagem: Universidade; Atenção Primária em Saúde.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes melito:** / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002:104p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional De Saúde. Resolução 412 de 2012.** Brasília. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html> Acessado em: dezembro de 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 148 p.



RIO, Prefeitura/Saúde e Defesa Civil. **Linha de Cuidado das Doenças Cardiovasculares e do Diabetes Mellitus**. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil; Sub-Secretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde; Superintendência de Atenção Primária; Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais; Rio de Janeiro: 2010. 62p.

## ASSOCIAÇÃO ENTRE MATURAÇÃO SEXUAL, EXCESSO DE PESO CORPORAL E ESTATURA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Francisco Winter dos Santos Figueiredo

Mestrando, Faculdade de Medicina do ABC, e-mail: fisioterapeutalaerciopaiva@hotmail.com

Laércio da Silva Paiva

Mestrando, Faculdade de Medicina do ABC, e-mail: winterfigueiredo@hotmail.com

Idelson José Mafra Junior

Mestrando, Faculdade de Medicina do ABC, e-mail: idelson@mafra.com.br

Fernando Adami

Doutor (PHD), Faculdade de Medicina do ABC, e-mail: adamifernando@uol.com.br

### RESUMO

**Introdução:** A puberdade é uma fase cujas alterações hormonais influenciam diretamente o ganho de estatura e peso, constituindo-se em período crítico para o desenvolvimento do excesso de peso. Diante disso, investigar a influência da maturação sexual nesses indicadores antropométricos se torna importante, tendo em vista a relação deles com a saúde e o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar possíveis associações entre a maturação sexual, o excesso de peso e a estatura em crianças e adolescentes, de 8 a 14 anos de idade, de Florianópolis/SC. **Metodologia:** Estudo transversal, realizado em 2007 em Florianópolis - Brasil, com 2339 escolares de 8 a 14 anos de idade (1107 do sexo masculino), os quais foram selecionados probabilisticamente em dois estágios (região: centro e praias e tipo de escola: públicas e privadas). Os escolares foram divididos em: i) excesso de peso e ii) não excesso de peso, segundo pontos de corte do IMC para sexo e idade. A Estatura e o IMC foram analisados pelos valores de Z score. A maturação sexual foi auto avaliada segundo estágios de desenvolvimento de órgão de Tanner. Os escolares foram classificados segundo tercís de idade para cada estágio de maturação sexual-precocidade, normal e tardia. Na análise estatística dos dados utilizou-se modelo de regressão de Poisson e linear. **Resultados/Discussão:** Tendo como referência as escolares com maturação sexual normal, as com maturação sexual precoce apresentaram maior estatura para a idade e prevalência de excesso de peso corporal, com valor ajustado de razão de prevalência (IC95%) igual a 1,70 (1,24; 2,33) e de beta (IC95%) igual a 0,37 (0,14; 0,59); as com maturação tardia, menor estatura e prevalência de excesso de peso corporal, com razão de prevalência (IC95%) igual a 0,57 (0,37; 0,87) e de beta (IC95%) igual a -0,38 (-0,56; -0,20). Neste mesmo contexto, Biro et al. (2001), mostraram que, entre crianças e adolescentes do sexo feminino com maturação sexual precoce, a mediana do IMC é sempre maior ao longo de 10 anos de seguimento, quando comparada com o IMC daquelas com maturação normal e tardia. O início da puberdade no sexo feminino está associado a um aumento na quantidade de massa gorda, como consequência do aumento na concentração sanguínea de estradiol (ROGOL et al., 2002). Nos escolares do sexo masculino, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre classificação de maturação sexual e excesso de peso corporal. Estudos de coorte apontaram que meninos com maturação precoce apresentaram, na

idade adulta, maiores valores de adiposidade (VAN LENTHE et al., 1996), adiposidade central (KIMDBLON et al., 2006) e circunferências da cintura e do quadril (SANDHU et al., 2006). Observou-se maior estatura para a idade naqueles com maturação sexual precoce e menor naqueles com maturação sexual tardia comparado aos com maturação normal, sendo os valores ajustados de beta (IC95%) iguais a 0,37 (0,14; 0,59) e -0,38 (-0,56; -0,20), respectivamente. Um maior ganho de estatura durante a infância pode estar relacionado ao ganho de IMC e ao adiantamento da puberdade (HE; KALBERG, 2001). Uma possível explicação para o aumento da estatura devido à maturação sexual precoce pode ser o aumento dos níveis de leptina que acontece durante a puberdade. Estudos têm observado que as concentrações de leptina plasmáticas de crianças e adolescentes estão bastante relacionadas com as mudanças de estatura e composição corporal durante o processo de crescimento (AHMED et al., 1999). **Conclusões:** A maturação sexual precoce apresentou-se como um fator associado ao excesso de peso corporal em escolares do sexo feminino e maior estatura para a idade em escolares de ambos os sexos. Estes resultados são de suma importância em saúde pública tendo em vista a relação desses indicadores com algumas doenças crônico-degenerativas não transmissíveis e das evidências de que a obesidade na idade adulta está associada a altos valores de IMC ou excesso de adiposidade corporal na infância e adolescência.

**Palavras-chave:** Obesidade; Puberdade; Crescimento; Escolares.

## REFERÊNCIAS

- Biro FM, McMahon RP, Striegel-Moore R, Crawford PB, Obarzanek E, Morrison JA et al. Impact of timing of pubertal maturation on growth in black and white female adolescents: The National Heart, Lung, and Blood Institute Growth and Health Study. *J Pediatr* 2001; 138:636-43.
- He Q, Karlberg J. BMI in childhood and its association with height gain, timing of puberty, and final height. *Pediatr Res* 2001; 49:244-51.
- Kindblom JM, Lorentzon M, Norjavaara E, Lonn L, Brandberg J, Angelhed JE et al. Pubertal Timing Is an Independent Predictor of Central Adiposity in Young Adult Males: The Gothenburg Osteoporosis and Obesity Determinants Study. *Diabetes* 2006; 55: 3047–52.
- Rogol Ad, Roemmich Jn, Clark Pa. Growth at puberty. *J Adolesc Health*. 2002; 32: 192-200.
- Van Lenthe FJ, Kemper HCG, Mechelen WV. Rapid maturation in adolescence results in greater obesity in adulthood: the Amsterdam growth and health study. *Am J Clin Nutr* 1996; 64:18-24.

## VIOLÊNCIAS SOFRIDAS POR MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL

Luíze Alves Romancini

Ac. Enf. Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, E-mail: luise@unesc.net

Diane Furtado dos Santos Trescher

Ac. Enf. Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, E-mail: dianeshow7@hotmail.com

Elisiane Santos Costa Nogueira

Ac. Enf. Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, E-mail: elisianenogueira@hotmail.com

Cecília Marly Santos Spiazzi

Enf. Mestre - Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, E-mail: marly@unesc.net

Mágada Tessmann Schwalm

Enf. Dr. Mágada Tessmann Schwalm - Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, E-mail: enfermagem@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** A violência contra a mulher no período gestacional é considerada um grave problema de Saúde Pública, pois esta traz risco materno-fetal. A violência na gestação relaciona-se a um padrão muito grave de violência, possivelmente mais frequente do que agravos habitualmente rastreados durante o pré-natal, como o diabetes e a hipertensão arterial (MCFARLANE et al. 2002). Este estudo pretende identificar as principais situações de violência à mulher no período gestacional e analisar as características sociodemográficas da população, resultado estes coletados do Núcleo de Prevenção Violências Promoção Saúde. **Metodologia:** Para elaboração desta pesquisa foi realizado um estudo documental no Município de Criciúma-SC, possibilitando a coleta de dados das ocorrências de violência contra as mulheres no período gestacional, dados estes obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Núcleo de Prevenção Violências Promoção Saúde, que é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória pelo Ministério da Saúde, juntamente com a Delegacia da Mulher do município e o Centro de Referência Especializado em Assistência Social os dados coletados são referentes ao período de janeiro a dezembro do ano 2012. **Resultados/Discussão:** Os resultados obtidos foram um total de 66 mulheres que foram violentadas durante a gestação no ano de 2012. Em relação à idade, 12 mulheres tinham entre 10 (dez) a 14 (quatorze) anos, 21 mulheres entre 15 (quinze) a 19 (dezenove) anos, 28 mulheres tinham de 20 (vinte) a 34 (trinta e quatro) anos e 05 mulheres de 35 (trinta e cinco) a 49 (quarenta e nove) anos. Em relação ao grau de instrução, 44 mulheres possuíam ensino fundamental, 16 ensino médio, 02 ensino superior completo e 04 com grau de instrução ignorado. No que se refere à raça, 49 mulheres eram da raça caucasiana, 08 raça negra, 06 pardas e 03 raça não mencionada. Com esse estudo foi possível identificar os principais tipos de violência contra mulheres no período gestacional sendo que, 13 mulheres sofreram violência física, 01 mulher violência psicológica, 04 mulheres violência sexual, 42 mulheres violência por negligência, 01 mulher violência relacionada ao trabalho. **Conclusões:** Os resultados obtidos foram um total de 66 mulheres que foram violentadas durante

a gestação no ano de 2012. Em relação à idade, 12 mulheres tinham entre 10 (dez) a 14 (quatorze) anos, 21 mulheres entre 15 (quinze) a 19 (dezenove) anos, 28 mulheres tinham de 20 (vinte) a 34 (trinta e quatro) anos e 05 mulheres de 35 (trinta e cinco) a 49 (quarenta e nove) anos. Em relação ao grau de instrução, 44 mulheres possuíam ensino fundamental, 16 ensino médio, 02 ensino superior completo e 04 com grau de instrução ignorado. No que se refere à raça, 49 mulheres eram da raça caucasiana, 08 raça negra, 06 pardas e 03 raça não mencionada. Com esse estudo foi possível identificar os principais tipos de violência contra mulheres no período gestacional sendo que, 13 mulheres sofreram violência física, 01 mulher violência psicológica, 04 mulheres violência sexual, 42 mulheres violência por negligência, 01 mulher violência relacionada ao trabalho.

**Palavras-chave:** Violência contra a mulher; Gestante; Cuidados de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social Combate a Fome. **Centro de Referência Especializado em Assistência Social**, 2013. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaoespecial/creas>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

MCFARLANE, Judith. et al. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. **Obstetrics & Gynecology**, Texas, v.100, n.1, p.27-36, 2002.

## ANÁLISE DOS DADOS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO NOTIFICADAS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ANO DE 2013 EM CRICIÚMA/SC

Renata Andrade Araújo

Especialista em Saúde Mental e Enfermeira

Tamiris Fernandes Bonfim

Estagiária e Acadêmica de Odontologia

Ana Regina da Silva Losso

MSc Saúde coletiva, Prof. Enfermeira

Eliane Aparecida Coelho de Oliveira

MSc em Educação, Bacharel em Direito e Assistente Social

### RESUMO

**Introdução:** O impacto do fenômeno do suicídio na sociedade é imensurável, constituindo-se num grande desafio para os gestores públicos, desenvolver e subsidiar políticas públicas para a prevenção desse fenômeno, atenção às vítimas e a promoção de uma cultura de paz. O presente trabalho busca contextualizar os dados de tentativas de suicídio e de tentativas de suicídio registrados no SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificações) no município de Criciúma, referente ao período de 2013. **Metodologia:** Os dados foram coletados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), que sistematiza as notificações encaminhadas pelos serviços de saúde do município de Criciúma/SC. O período da coleta de dados corresponde ao ano de 2013, sendo que a caracterização dos dados corresponde ao sexo, faixa etária, unidade notificadora, município de ocorrência, local de ocorrência, persistência das tentativas de suicídio, índice de suicídio e meios de agressão. **Fundamentação Teórica:** Em relação a obrigatoriedade da notificação compulsória de violências, destaca-se a publicação da Portaria MS / GM nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, que definiu as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 – RS/ 2005, a relação de doenças e agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional e estabeleceu fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. A OMS alerta para o aumento de até 60% no número de suicídios nos últimos 45 anos em todo o mundo, representando a terceira maior causa de morte na faixa etária entre 15 e 35 anos em ambos os sexos. Para cada suicídio, cinco a dez pessoas próximas sofrem graves consequências psicológicas, econômicas e sociais, são os chamados “sobreviventes”. A cada ano há cerca de um milhão de mortes por suicídio no mundo, o que representa uma morte a cada 40 segundos. **Resultados e Discussão:** Todos os dados coletados no Sinan para este trabalho referem-se ao ano de 2013. Em toda região da AMESC E AMREC, totalizou 275 casos de tentativas de suicídio, sendo que no município de Criciúma foi registrado 216 casos de tentativa de suicídio. Dentre os 275 casos de tentativa de suicídio 216 se concentrou no município de Criciúma; a faixa etária de maior incidência se concentrou entre 20 anos a 34 anos, totalizando 111 tentativas, e na faixa etária de 35 a 49 anos, corresponderam 71 tentativas, predominando a idade produtiva das pessoas que tentaram suicídio. Os serviços de saúde que mais notificaram casos de

tentativa e de suicídio foram os hospitais (186 notificações), seguido dos serviços de saúde mental do município (119), seguidos do Pronto Atendimento (34). Dos dados coletados no Sinan, a residência foi o local de maior ocorrência das tentativas de suicídio, totalizando 231 tentativas, seguido da via pública (12 tentativas). As pessoas que tentaram suicídio mais de uma vez correspondem a 20 pessoas do sexo masculino, e 72 do sexo feminino. Isso demonstra que as mulheres tentam suicídio por mais vezes, que os homens, o que pode estar relacionado ao fato de que os homens buscam meios mais eficazes nas tentativas de suicídio. Os meios empregados nas tentativas de suicídio foram arma de fogo, envenenamento, objetos perfuro cortantes, enforcamento, e outros. “Alguns fatores de Risco sóciodemográficos são : sexo masculino; faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos; estratos econômicos extremos; residentes em áreas urbanas; desempregados (principalmente perda recente do emprego);aposentados; isolamento social;solteiros ou separados; migrantes.” (MS, 2006). No ano de 2013, dos casos de tentativa de suicídio que chegaram aos serviços de saúde que evoluíram para óbito totalizou 06 casos de suicídio. **Conclusão:** Conclui-se que o suicídio já se tornou um caso de saúde pública, em que crescem os números de tentativas de suicídio, e Criciúma se destaca na região sul, com os maiores índices de tentativas de suicídio. As notificações registradas pelos serviços de saúde no ano de 2013 demonstram que há necessidade de enfrentamento desta temática, em que vários fatores podem estar desencadeando este fenômeno, que atinge principalmente as pessoas na fase produtiva, que estão inseridas no mercado de trabalho. São indícios de uma sociedade em que as pessoas adoecem de diversas formas, e muitas desistem da vida. As pressões das relações sociais desencadeiam crises e sofrimentos que levam a exaustão e o descontrole.

**Palavras-chave:** Tentativa de suicídio; Notificação; Serviços de Saúde; SINAN.

## REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde - **Prevenção do Suicídio Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental** - Ministério da Saúde – Brasil 2006

Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica.. **Prevenção do Suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio/** Porto Alegre: CORAG, 2011.

**BASES DE DADOS SINAN NET** – Sistema de Informação de notificação de Agravos. Acesso 30 de Abril de 2013.

Durkheim, Émile. **O suicídio**, pg. 294, Martin Claret, 2008.

## SAÚDE E SOCIEDADE,

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vivapres7.pdf>> acesso em 17/04/2014.

## ASSOCIAÇÃO ENTRE MATURAÇÃO SEXUAL E ADIPOSIDADE CORPORAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Laércio da Silva Paiva

Mestrando, Faculdade de Medicina do ABC, e-mail: winterfigueiredo@hotmail.com

Francisco Winter dos Santos Figueiredo

Mestrando, Faculdade de Medicina do ABC, e-mail: fisioterapeutaericiopaiva@hotmail.com

Idelson José Mafra Junior

Mestrando, Faculdade de Medicina do ABC, e-mail: idelson@mafra.com.br

Fernando Adami

Doutor (PHD), Faculdade de Medicina do ABC, e-mail: adamifernando@uol.com.br

### RESUMO

**Introdução:** A puberdade parece ser um período crítico para o aumento das concentrações de tecido adiposo, principalmente entre crianças e adolescentes do sexo feminino. Nesse período, acontece uma maior expressão dos eventos maturacionais com ênfase na diferenciação sexual, juntamente com uma rápida taxa de crescimento linear, de ganho de tecido adiposo e muscular. Estudos têm mostrado que estas alterações antropométricas que transcorrem na infância, apresentam valor preditivo em relação à composição corporal e saúde do adulto. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar possíveis associações entre a maturação sexual e adiposidade corporal em crianças e adolescentes, de Florianópolis, SC. **Metodologia:** Estudo transversal, realizado em 2007 em Florianópolis - Brasil, com 2339 escolares de 8 a 14 anos de idade (1107 do sexo masculino), os quais foram selecionados probabilisticamente em dois estágios (região: centro e praias e tipo de escola: públicas e privadas). Os escolares foram avaliados na forma quantitativa, por meio de valores de Z escore (Z escore  $\Sigma$  dobras cutâneas, Z escore dobra tricipital, Z escore dobra panturrilha, Z escore circunferência da cintura); na forma qualitativa, utilizando o ponto de corte referente ao percentil  $\geq 85$ , onde foram avaliados a adiposidade total, (Z escore  $\Sigma$  dobras cutâneas), central (Z escore circunferência da cintura) e periférica (Z escore dobra tricipital e Z escore dobra panturrilha). A maturação sexual foi auto avaliada segundo estágios de desenvolvimento de órgão de Tanner. Os escolares foram classificados segundo tercís de idade para cada estágio de maturação sexual - precoce, normal e tardia. Na análise estatística utilizou-se modelo univariado e múltiplo de regressão de Poisson. **Resultados/Discussão:** Crianças e adolescentes do sexo masculino com maturação sexual precoce apresentaram maior excesso de circunferência da cintura, com valor ajustado de razão de prevalência (IC95%) igual a 2,21 (1,12 ; 4,35). É possível identificar na literatura estudos cujas tendências são similares KINDBLOM et al., 2006; SANDHU et al., 2006). Porém, é necessário esclarecer que, independente dos estágios de maturação sexual a literatura tem mostrado que desde o período prépuberal (5 a 7 anos) meninos podem apresentar maiores concentrações de gordura na região da cintura (KIRKBY et al., 2004; WEBSTER-GANDY et al., 2003). O advento da puberdade e dos eventos maturacionais pode aumentar a concentração de adiposidade na região central,



levando o sexo masculino a assumir uma forma corporal mais androide (TAYLOR et al., 2010), visto que a quantidade de gordura corporal normalmente aumenta secundária ao desenvolvimento puberal. Nas crianças e adolescentes do sexo feminino com maturação sexual precoce, observa-se excesso de adiposidade na cintura e na região da panturrilha, com valores ajustados de razão de prevalência (IC95%) igual a 2,18 (1,04 ; 4,57) e 1,96 (1,00 - 3,85), respectivamente. Os achados são similares aos de Ridder et al, (1992), onde a adiposidade, também avaliada por meio da somatória de dobras cutâneas, não se associou positivamente com a maturação sexual precoce. Os resultados indicam que as concentrações de tecido adiposo em determinadas regiões do corpo parecem ser mais determinantes para a precocidade de eventos maturacionais do que a quantidade total de tecido adiposo. Em contrapartida, neste estudo, as escolares com maturação precoce apresentaram excesso de adiposidade na cintura e panturrilha. Ibanez e colaboradores (2003) verificaram associação da maturação sexual precoce com a adiposidade em um estudo transversal retrospectivo com adolescentes do sexo feminino. Neste estudo, as medidas de adiposidade total e distribuição de gordura corporal (circunferência da cintura, relação cintura/quadril, gordura abdominal) foram significativamente maiores entre as meninas com maturação sexual precoce. **Conclusões:** A maturação sexual precoce apresentou-se como um fator associado ao excesso de adiposidade corporal na região da cintura em ambos os sexos e ao excesso de adiposidade na região da panturrilha nas crianças e adolescentes do sexo feminino. Estes resultados são de suma importância em saúde pública tendo em vista que a evidências que a obesidade na vida adulta esta associada ao excesso de adiposidade na infância e adolescência.

**Palavras-chave:** Escolares; Adolescentes; Adiposidade.

## REFERÊNCIAS

- Ibanez L, Ong K, de Zegher F, Marcos MV, Del Rio L, Dunger DB. Fat distribution in non-obese girls with and without precocious pubarche: central adiposity related to insulineamia and androgenaemia from prepuberty to postmenarche. *Clin Endocrinol* 2003; 58: 372-9.
- Kirkby J, Metcalf BS, Jeffery AN et al. Sex differences in resting energy expenditure and their relation to insulin resistance in children (EarlyBird 13). *Am J Clin Nutr* 2004;80:430–435.
- Ridder CM, Thilssen JHH, Bruning PF, Van Den Brande JL, Zonderland ML, Erich W BM. Body fat mass, body fat distribution, and puberal development: a longitudinal study of physical and hormonal sexual maturation of girls. *J Clin Endocrinol Metab* 1992; 75:442-6.
- Taylor RW, Grant AM, Williams SM, Goulding A. Sex differences in regional body fat distribution from pre- to postpuberty. *Obesity* (Silver Spring). 2010; 18:1410-6.
- Webster-Gandy J, Warren J, Henry CJ. Sexual dimorphism in fat patterning in a sample of 5 to 7-year-old children in Oxford. *Int J Food Sci Nutr* 2003;54:467–471.

## CONDIÇÕES ERGONÔMICAS DE TRABALHO DOS OPERADORES DE RETROESCAVADEIRA NA EXECUÇÃO DE TRECHO DA OBRA DA VIA RÁPIDA CRICIÚMA / BR 101

Fábio Marcelo Moro

Engenheiro Agrimensor. Pós Graduado em Engenharia de Segurança do Trabalho pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

Maicon Martins

Acadêmico da 5ª fase do Curso de Fisioterapia da UNESC. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST

Willians Cassiano Longen

Fisioterapeuta. Mestrado em Ergonomia. Doutorado em Ciências da Saúde. Professor e Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST e do Programa Incubado de Pós Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC da UNESC

### RESUMO

**Introdução:** O progresso das cidades tem sido intenso e as demandas especialmente envolvendo infraestrutura são consideráveis, sendo foco de mão de obra de significativos efetivos de trabalhadores. O extremo sul catarinense conta com um represamento de desenvolvimento de infraestrutura e acesso histórico e com forte demanda social. Atualmente está em processo a implantação da Via Rápida Criciúma / BR 101, ligando a cidade polo regional do sul do estado à principal via de ligação leste com a capital Florianópolis, bem como, com Porto Alegre. **Metodologia:** Este estudo voltou atenção para a condição ergonômica da operação das retroescavadeiras utilizadas em trecho da implantação desta via rápida, visando o estabelecimento de um plano de melhorias. O modelo analisado para aplicação avaliação ergonômica foi uma retroescavadeira Case 580M Turbo ano 2009. Foi utilizado o método *RULA*® e o *Software Antroprojeto*®, além de observações diretas e instrumentais com registros fotográficos e filmagens na avaliação do trabalho dos operadores ( $n=18$ ). Para coletar dados no posto de trabalho da operação da retroescavadeira foi necessário visitar a área onde estava acontecendo à obra de drenagem, onde foram obtidas fotografias para aplicação software método RULA, e para aplicação software antropometria usou a trena métrica para obter aquisição das medidas ergonômicas dos postos de operação da retroescavadeira referentes à posição sentada e realizado dialogo informal com operador. **Resultados:** O tempo de exposição aos fatores de risco ergonômico presentes, são determinados por uma jornada de trabalho que é composta por um turno, de segunda a sexta 07h00min às 16h45min, com intervalo de 15 minutos, para o café de manhã e da tarde, mais 1 hora para o almoço entre 11h30min e 12h30min. Problemas ergonômicos envolvendo condições estruturais dos equipamentos foram identificados. Alguns aspectos atitudinais dos operadores que os colocam no que pode ser classificado como ato inseguro ergonômico, durante a operação das retroescavadeiras. Tais achados conferiram risco ergonômico em média com *Escore* 7,0, indicando alto risco ergonômico, refletido pela aplicação do software do método de RULA indicando necessidade de níveis de ação que exigem mudanças imediatamente. O assento apresenta ajustes adequados de altura, facilidade giratória adequada e inclinação e posição do apoio para os braços. A regulagem do assento proporciona uma posição

confortável, sendo regulados pelo operador, apresentando conforto ao operador. O amortecimento é satisfatório, o estofamento é percebido pelos operadores como confortável, sendo lavável, não escorregadio e o banco no geral possui cinto de segurança. As características e dimensões do assento do operador tiveram como base a NR 17 e a nota técnica 60/01 do MTE. **Conclusão:** Várias medidas saneadoras puderam ser estabelecidas de forma a reduzir o risco ergonômico envolvido na Operação das Retroescavadeiras, especialmente pautadas em itens específicos da NR-17, na Nota Técnica 60/01 do MTE especialmente nos tópicos que envolvem trabalho sentado e na NR-12, que trata de máquinas e equipamentos.

**Palavras-chave:** Trabalhador; Retroescavadeira; Ergonomia; RULA.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria n 8, de 08 de maio de 1996- NR 07. Altera Norma Regulamentadora NR-7- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, v. 134, n. 91, p. 8202, 13 de mai. 1996.

Canto SAE. Processo Extrativista do Açaí: Contribuição da Ergonomia com base na análise postural durante a coleta dos frutos. Tese de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2001.

Dul J, Weerdmester B. Ergonomia Prática. 2ª. ed. rev. e ampl. São Paulo: Edgard Blücher, 2004. 137 p.

Grandjean E. Manual de Ergonomia: adaptando o trabalho ao homem. Trad. João Pedro Stein. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 338p.

Hedge A. RULA employee assessment worksheet. 2000. Disponível em:<<http://ergo.human.cornell.edu/Pub/AHquest/CURULA.pdf>>. Acesso em: 10 maio. 2013.

## PROSPECÇÃO DE MELHORIAS ERGONÔMICAS PARA O TRABALHO DOS RIZICULTORES DA COOPERATIVA REGIONAL AGROPECUÁRIA SUL CATARINENSE

Luiz Carlos Marcon

Engenheiro Agrícola. Pós Graduado em Engenharia de Segurança do Trabalho pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC.

Maicon Martins

Acadêmico da 5ª fase do Curso de Fisioterapia da UNESC. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST

Willians Cassiano Longen

Fisioterapeuta. Mestrado em Ergonomia. Doutorado em Ciências da Saúde. Professor e Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST e do Programa Incubado de Pós Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC da UNESC.

### RESUMO

**Introdução:** A necessidade de substituição de mão-de-obra humana pela máquina agrícola em razão do êxodo rural e a necessidade de aumento constante do volume de alimentos para consumo, fizeram com que a indústria de tratores e equipamentos agrícolas experimenta-se uma evolução extraordinária. O trabalho agrícola é a atividade mais antiga que se tem conhecimento, caracterizando-se pela multiplicidade de tarefas. O desenvolvimento da agricultura em nosso país, nas últimas décadas está fortemente ligado a grande evolução tecnológica das máquinas e equipamentos agrícolas. Em contrapartida, contribuíram para o aumento de alguns riscos de acidentes e doenças no meio rural. O objetivo deste trabalho foi avaliar os riscos ergonômicos a que estão sujeitos os operadores de tratores agrícolas no cultivo da lavoura de arroz irrigado no município de Turvo (SC), entre os associados da Cooperativa Regional Agropecuária Sul Catarinense. Para tanto foi aplicada a Análise Ergonômica do Trabalho - AET. **Metodologia:** De forma a detectar possíveis demandas ergonômicas envolvendo especialmente as posturas e o gestual realizados na operação dos tratores agrícolas foram exploradas algumas ferramentas técnicas específicas da área. Foram realizadas observações diretas e instrumentais através de registros fotográficos e filmagens, o *Check List®* de Couto, o mapa corporal de *Corlett®* e o método *RULA®*. A Cooperativa conta com 427 cooperados, sendo que a partir de um cálculo amostral  $n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N-1)$ , considerando um erro amostral de 15% e um nível de confiança de 90%, sendo desta forma e pela técnica da amostragem aleatória simples selecionados ( $n=35$ ) trabalhadores agrícolas. Tendo como principal critério a utilização dos tratores. **Resultados:** Nos resultados houve prevalência dos sintomas cervicais e lombares, acometendo especialmente a faixa etária entre 41 a 60 anos. A mediana dos escores de *RULA* ficou entre 5 e 6, denotando risco ergonômico moderado. Avaliamos os fatores biomecânicos e o risco de DORT dos membros superiores com aplicação de questionário específico onde chegou-se a uma pontuação igual a 8, o que, segundo os critérios de interpretação do formulário, significa um fator biomecânico de moderada importância. Para obtenção do resultado, foram atribuídas as pontuações sobre os domínios: Sobrecarga física - Não foi verificada a existência de sobrecarga física na execução da tarefa. Total de pontos 0. Força com as mãos - Não há exigência

de uso de força com as mãos. Total de pontos igual a 0. Postura no trabalho - Apresentaram existência de fator de risco as situações: a) esforço estático das mãos ou antebraços; b) esforço estático do ombro, braço e pescoço; c) a abdução do braço acima de 45 graus (braço esquerdo); d) posturas forçadas dos membros superiores; e) inexistência de flexibilidade da postura do trabalhador. Total de pontos igual a 5. Total de pontos 1. Repetitividade e organização do trabalho - Da análise da situação de trabalho, consideramos como fatores de riscos: a) a existência de algum movimento repetido mais de 3000 vezes no turno ou com ciclo menor de 30 segundos, tendo sido enquadrado nessa situação o movimento de rotação da cabeça e pescoço para condução do trator e acompanhamento do equipamento acoplado na parte de trás da máquina; b) consideramos o ciclo do movimento inferior a 30 segundos; c) inexistência de rodízio nas tarefas, com alternância do grupamento muscular. Total de pontos 3. Ferramenta de trabalho - Não ocorre o uso de ferramentas no desenvolvimento da atividade pesquisada. Total de pontos 0. **Conclusão:** Após a análise dos resultados e melhor reconhecimento dos riscos biomecânicos e ergonômicos envolvidos puderam ser estabelecidas recomendações visando melhorias ergonômicas para estes trabalhadores, tanto coletivas envolvendo a Cooperativa, como medidas pontuais individuais.

**Palavras-chave:** Ergonomia; Rizicultura; Trator; Cooperativa.

## REFERÊNCIAS

Brasil Ministério do Trabalho e Emprego. Aplicação da norma regulamentadora nº 17. Brasília: Ministério do Trabalho, 2002. 101p.

Dul J, Weerdmeester B, Iida I. Ergonomia Prática. São Paulo: Edgard Blücher, 2004. 137p.

Longen CL. Material Didático Instrucional. Ergonomia: Apostila do Curso de Especialização em Eng. de Segurança do Trabalho. Criciúma: UNESC, 2011.

Marques BCD, Araujo PO. Aplicação do método RULA na investigação dos efeitos causados pelas posturas adotadas por operadores de uma casa lotérica. Salvador, 2009. Disponível em: <<http://www2.ufersa.edu.br>> Acesso em: 09 jan.2013.

Rossi MA. Análise ergonômica do ambiente de trabalho para operadores de tratores e colhedoras agrícolas. Botucatu, 2007. Disponível em: <<http://bdtd.ibict.br>>. Acesso em: 20 nov.2012.

Rozin D. Conformidade do posto de operação de tratores agrícolas nacionais com normas de ergonomia e segurança. Santa Maria, 2004. Disponível em: <<http://bdtd.ibict.br>>. Acesso em: 06 dez.2012.

## EMPREGO DA ERGONOMIA NA QUALIFICAÇÃO DO PROJETO DE ILUMINAÇÃO DE POSTOS DE TRABALHO COM ALTA EXIGÊNCIA VISUAL DO RAMO DE CONFECÇÕES

Darcioni Gomes

Engenheiro Eletricista. Pós Graduação em Engenharia de Segurança do Trabalho pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Colaborador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST, E-mail: labiomec@unesc.net

Bruno Pereira Barcelos

Graduando do Curso de Fisioterapia na Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST, E-mail: bruno\_p.barcellos@hotmail.com

Willians Cassiano Longen

Fisioterapeuta. Mestrado em Ergonomia - UFSC. Doutorado em Ciências da Saúde - PPGCS/ UNESC. Professor e Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST / UNESC, E-mail: wcl@unesc.net

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A Ergonomia é o estudo da adaptação do trabalho às condições psicofisiológicas do trabalhador. Vários elementos do ambiente de trabalho são determinantes para o perfeito estado de bem estar físico e psíquico, impactando diretamente na condição de saúde e de qualidade de vida no trabalho e fora dele. A partir de uma demanda pontual e concreta identificada, este estudo envolveu a elaboração de um projeto de iluminação de uma fábrica de roupas íntimas, visando promover melhor conforto e reduzir a fadiga visual e generalizada para as costureiras.

**METODOLOGIA:** O caso eleito é o setor de confecção de uma empresa com 8 postos de trabalho, com (n=19) costureiras em funções distintas. O projeto de iluminação foi realizado para RABIBI Lingerie, município de Siderópolis, Santa Catarina. Com a expansão dos negócios a empresa está desenvolvendo o projeto de ampliação da fábrica, saindo de 35m<sup>2</sup> para uma sede de 243,59m<sup>2</sup>, com previsão de mais 8 postos de trabalho. Utilizou-se como ferramenta ergonômica a planilha RULA® na análise das regulações biomecânicas atualmente presentes e prospecção através de projetos de cada ambiente de trabalho. Os projetos foram fundamentados, entre outras fontes de pesquisa, na Norma Regulamentadora n. 17 - NR-17 e a Norma Brasileira de Regulamentação - NBR 5413. **RESULTADOS:** Por meio da análise do estudo verificou-se que a falta de uma iluminação localizada eficiente, faz com que os funcionários estejam sobre um risco que foi identificado pelo RULA® com Escore 6.0, portanto moderado. O projeto definiu o planejamento da iluminação considerando o ambiente geral e localizado em cada função, de forma a parametrizar ações futuras de melhoria ergonômica aplicada. Os projetos contam com modificação posicional e do plano lumínico dos ambientes, com adoção de iluminação localizada, gerando uma iluminação combinada com melhores indicadores qualitativos. Optou-se com base em Cavidades Zonais (C<sub>z</sub>), Refletância Média (R<sub>m</sub>), Fator de Utilização (F<sub>u</sub>), Fator de Perda (F<sub>p</sub>), Fator de Limpeza (F<sub>l</sub>) e Fluxo Total (F<sub>t</sub>) pelo emprego de lâmpada fluorescente tubular T8, 58W, fluxo de 5.000 *lumens*, temperatura de cor de 6500K e Índice da Cavidade do Recinto (ICR) de 86,5%. **CONCLUSÃO:** Recomendou-se que após a finalização da implantação prática e efetiva dos projetos lumínicos na empresa, seja realizada nova avaliação ergonômica com os mesmos parâmetros empregados

nos postos de trabalho antigos. Com o objetivo de elaborar o projeto de iluminação de uma fábrica de roupa íntima, o estudo fez o levantamento das atividades que serão realizadas no setor de produção, onde foi observado que em todos os setores necessitam de um nível de iluminamento médio de 1000lux. Através deste dado, foram levantadas as informações do ambiente, como dimensionamento, layout das máquinas e cores das paredes e piso. Através do método de cavidade zonais, do tipo de luminária e da forma de manutenção e da definição do tipo de lâmpada, encontrou-se os números de lâmpadas e luminárias necessárias para atender a norma ABNT NBR5413. Dispuseram-se as luminárias de forma a evitar o ofuscamento. O modelo de lâmpada foi escolhido considerando o cuidado com a acuidade visual e o conforto, ou seja, além de atender de forma ergonômica, também foi reduzido o consumo de energia elétrica.

**Palavras-chave:** Ergonomia; Iluminação; Trabalhador; Confeção.

## REFERÊNCIAS

- Dul J, Weerdmester B. Ergonomia Prática. São Paulo: Edgard Blücher, 1995. 147 p. ISBN 85-212-0014-5
- Filho HVP. Apostila de Iluminação: Engenharia de Segurança do Trabalho. 2011
- Grandjean E. Manual de Ergonomia: adaptando o trabalho ao homem. 4ªed. Porto Alegre: Bookman, 1998. 338 p.
- Iida I. Ergonomia: projeto e produção. São Paulo: Edgard Blücher, 1995-2000. 465 p. ISBN 85-212-0017-X
- Salvetti AR. A história da luz. 2. ed. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2008.

## UMA ABORDAGEM SOBRE MORTALIDADE MATERNA ENTRE 2001 E 2011 EM SANTA CATARINA E REGIÃO DA AMREC

Diego Pavanate

Acadêmico de Enfermagem, Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, diego.p.t@hotmail.com.

Gabriela de Souza Mariano

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC,  
gabriela.marianoo@hotmail.com.

Sandro Citadin Rosso

Acadêmico de Enfermagem, Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, san\_rosso@hotmail.com.

Vanessa Dahmer Muller

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, nessa\_dah@hotmail.com

Cristiane Damiani Tomasi

Enfermeira PhD, professora do curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC,  
Cristiane\_damiani@hotmail.com.

### RESUMO

**Introdução:** A morte de uma mulher no período da gravidez, no parto ou no puerpério é um evento que finaliza, de forma trágica, o processo natural da reprodução humana. A definição de morte materna, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é a de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais. Este trabalho tem o objetivo de abordar os dados de morte materna no estado de Santa Catarina, nos municípios abrangentes da AMREC e principalmente na cidade de Criciúma, no período de 2001 a 2011. **Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa no banco de dados nacional sobre saúde, DATASUS ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)), onde foi coletado os dados sobre Morte Materna, com um comparativo no estado de Santa Catarina, municípios da AMREC destacando o município de Criciúma, referente ao período de 2001 a 2011. **Resultados/Discussão:** Sobre o número de óbitos maternos em Santa Catarina e Criciúma, observa-se que em 2001 o estado apresenta 37 óbitos, enquanto Criciúma tem 3 óbitos. No estado há um aumento da mortalidade até 2003, após segue em queda até 2005. Em 2006 há novo aumento da mortalidade, seguida por queda até 2009. Em Criciúma, os dados apresentam pequenas alterações, mostrando aumento em 2011, enquanto o estado apresenta redução de óbitos no mesmo ano. Na região da AMREC, o município que apresenta maior número de óbitos maternos é Criciúma, no ano de 2007. É importante ressaltar que Criciúma é o município referência da região da AMREC, o que pode justificar a maior ocorrência de óbitos neste município. Realizando um comparativo da mortalidade materna em Santa Catarina e Criciúma, verifica-se que a incidência maior ocorre durante a gravidez, parto ou aborto, no estado de Santa Catarina, porém em Criciúma a maior incidência ocorre durante o puerpério, até 42 dias. No que se refere a óbitos de mulheres em idade fértil, as incidências são maiores que de mortalidade maternal em Santa Catarina e



Criciúma. Embora haja um grande número de complicações no puerpério, aumentando a taxa de morte materna, a grande maioria das causas dos óbitos, é devido a complicações na gestação ou durante o trabalho de parto. Para reduzir a taxa de mortalidade materna, é fundamental uma equipe habilitada, que saiba reconhecer o momento adequado de intervir na fase do ciclo gravídico puerperal (OMS, 2005). **Conclusões:** A mortalidade materna é um dos mais preocupantes agravos aos direitos humanos das mulheres, por ser uma condição evitável na maioria dos casos ocorridos principalmente nos países em desenvolvimento. Para redução destas mortes é fundamental uma equipe que saiba utilizar medidas de prevenção, como, planejamento familiar, assistência pré-natal adequada. Sabemos que é de extrema importância para os estudos epidemiológicos, o preenchimento adequado dos atestados de óbito, para identificar os casos de morte materna.

**Palavras-chave:** Morte Materna; DATASUS; Idade Fértil

## REFERÊNCIAS

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: 10. revisão. 8. ed. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, Ed. Universidade de São Paulo; 2000. v.1.

World Health Organization. The world health report 2005: Make every mother and child count. Geneva, Switzerland: WHO, 2005.

## AGRADECIMENTOS

A nossa professora Enfermeira Cecília Marly Spiazzi dos Santos, por sua colaboração pelo desenvolvimento deste trabalho.

## PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL EM CRICIÚMA – SC NO PERÍODO DE 2001 A 2011

Arieli Colombo

Curso de Enfermagem (UNESC)

Berta Lolita Almeida

Curso de Enfermagem (UNESC)

Suellen Barreto

Curso de Enfermagem (UNESC)

Thainã Pedroso

Curso de Enfermagem (UNESC)

Cecília Marly dos Santos Spiazzi

Curso de Enfermagem (UNESC)

Cristiane Damiani Tomasi

Enfermeira. Dra. em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem (UNESC). E-mail: cristiane\_damiani@hotmail.com

### RESUMO

**Introdução:** Consoante Ribeiro et al (2010), as mulheres representam papel fundamental tanto na produção do país como na constituição familiar. Desta maneira, estudos a respeito da morbimortalidade são úteis para se conhecer os problemas de saúde mais frequentes nesta população. Segundo Brasil (2009), as mulheres em idade reprodutiva (10 a 49 anos) representam 65% de toda a população feminina, compondo um segmento social importante para a execução das políticas de saúde. Uma pesquisa realizada nas capitais brasileiras analisando os óbitos desta população evidenciou as seguintes causas em ordem decrescente: acidente vascular cerebral, AIDS, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer de colo do útero. Ainda conforme Brasil (2009), nos primeiros cinco anos da epidemia do HIV/Aids, a população homo/bissexual masculina constituía quase que a totalidade dos casos, entretanto houve, nos últimos dez anos, uma mudança na dinâmica da epidemia, acometendo no Brasil e no mundo a população heterossexual. A partir dos anos 90, a frequência dos casos entre mulheres apresentou considerável aumento e a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão do HIV. No estado de Santa Catarina entre os anos de 1984 a 2011 foram notificados 25.950 casos de HIV em adultos, sendo 9.245 em mulheres. O primeiro caso de HIV no sexo feminino registrado no estado data de 1987. (DIVE 2011). O objetivo deste trabalho é verificar as principais causas de óbitos de mulheres em idade fértil em Criciúma entre o período de 2001 a 2011. **Desenvolvimento:** Para o presente estudo foram colhidos dados a partir da base de dados do DATASUS, sobre as principais causas de óbitos de mulheres em idade fértil no período de 2001 a 2011 no município de Criciúma, outros municípios da AMREC e do estado de Santa Catarina. Por meio do gráfico 1 infere-se, no período estudado, que o número de óbitos de mulheres em idade fértil,

em Santa Catarina, teve significativo aumento a partir de 2005, com pico em 2009, com pequeno declínio nos anos seguintes. Na cidade de Criciúma não houve grandes alterações no período, porém 2010 apresentou o maior número de casos (72). As doenças infecciosas e parasitárias se sobressaem em todas as faixas etárias, com exceção das mulheres entre 40 e 49 anos, em que se verificam as neoplasias como principal causa de morte, seguida de doenças do aparelho circulatório (gráfico 2). O gráfico 3 propõe que, dos municípios da AMREC, Criciúma apresenta a maior porcentagem 80% de óbitos, em contrapartida, Lauro Müller, Siderópolis e Urussanga apresentam os menores percentuais (1%). Salientando que Criciúma é a referência no atendimento em saúde da região e tem maior população. Em Criciúma 78% dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias são causados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), seguido de outras doenças bacterianas. (gráfico 4). Examinando a literatura, dados do DIVE (2012) sustentam que Santa Catarina está entre os estados com maior incidência de HIV. Em 2011 a relação de casos por habitantes foi de 31,6/100.000, ficando atrás apenas do Rio Grande do Sul. Em relação à mortalidade a situação também é alarmante, ocupa o 4º lugar com 7,7 óbitos para cada 100.000 habitantes. Se, avaliado a faixa etária, a predominância está entre 20 a 49 anos com 83% e, desta, o maior número de casos está entre os 30 e 39 anos de idade (37% dos casos). **Conclusão:** Para que as ações de saúde sejam resolutivas com relação aos problemas identificados, é indispensável a humanização e a qualidade na atenção dada às mulheres, de maneira a colaborar para a redução da morbimortalidade sobretudo por causas evitáveis, em todos os períodos da vida. Embora a literatura destaque as doenças cardiovasculares como as principais causas de morte da população feminina, este estudo aponta o HIV como fator causador. Portanto, educação em saúde a todos os grupos populacionais é essencial para conter a disseminação da doença.

**Palavras-chave:** Mulheres; Idade Fértil; Óbitos; Doenças Infecciosas e Parasitárias; HIV/AIDS.

## REFERÊNCIAS

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 82 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) ISBN 85-334-0781-5.

LEAL, Paulo Fernando da Glória. **Higiene e doenças transmissíveis – Fundamentos.** Viçosa, MG: Ed. UFV 2007. 250p. ISBN 978-8-726-285-4.

RIBEIRO, Caroline Madalena et al. **Mortalidade de mulheres em idade fértil no Rio de Janeiro: Aprimorando estratégias de recuperação das informações sobre mortalidade materna.**

<[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs\\_pdf/tema\\_2/abep2010\\_2252.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/tema_2/abep2010_2252.pdf)> acesso em 4 de maio de 2014.

## ANÁLISE DA MORTALIDADE INFANTIL EM SANTA CATARINA NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

Amanda Lima

UNESC- Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina. email. amandinhapk1@hotmail.com.br

Edson Schaeffer

UNESC- Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina. email edson08\_carvalho@hotmail.com

Patrícia Sonego

UNESC- Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina. email. patriciaacaetano\_91@hotmail.com.br

Monique Milano

UNESC- Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina. email.  
nique.milano@hotmail.com

Sabrina Germano

UNESC- Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina. email.  
germano00@hotmail.com.br

### RESUMO

**Introdução:** Diversos fatores têm contribuído para a mudança no perfil de mortalidade infantil, entre os quais se destacam: aumento do acesso ao saneamento básico, queda da taxa de fecundidade, melhoria geral das condições de vida, segurança alimentar e nutricional e do grau de instrução das mulheres, maior acesso aos serviços de saúde e ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, avanço das tecnologias médicas, imunização e terapia de reidratação oral, aumento da prevalência do aleitamento materno, entre outros (LANSKY et al, 2009; FRIAS et al, 2009, apud Brasil 2009). A taxa de mortalidade infantil (TMI) é importante indicador da saúde das populações e do desenvolvimento econômico de uma região (Fonseca e Coutinho 2004; Bezerra et al. 2007). Atualmente, a principal causa de óbitos em crianças menores de um ano são as afecções perinatais, que estão associadas às condições da criança no nascimento e à qualidade da assistência à gravidez, ao parto e ao recém-nascido (Bezerra Filho, Kerr et al., 2007; Da Silva Gastaud, Honer et al., 2008; Matijasevich, Victora et al., 2008; Santos, Menezes et al., 2008 apud DIVE, 2009). **Objetivo:** fazer uma análise dos dados de mortalidade infantil em Santa Catarina e na AMREC, apresentando sua incidência e variações. Busca de dados provenientes da DATASUS, sobre mortalidade infantil. Elaboração dos gráficos no Microsoft Excel. Pesquisa em sites governamentais e artigos científicos que abordassem o tema mortalidade infantil. **Resultados/discussão:** De 2001 a 2011 observa-se uma redução dos níveis de mortalidade infantil no estado de Santa Catarina, enquanto em Criciúma não apresenta grandes alterações no número de óbitos infantis. Para que se mantenham os resultados demonstrados em pesquisas é necessário que o trabalho realizado pelas redes de saúde continuem com o aparato e apoio referente a prevenção da mortalidade infantil. O Ministério da Saúde registrou uma grande diminuição do índice de mortalidade infantil, porém em 2009 Criciúma, chegou a atingir a triste marca de 23 crianças mortas antes do primeiro ano de vida a cada 1.000 nascimentos. Em 2011 o número caiu para 11, um a mais do que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (CRICIUMA SC, 2012). Em Santa

Catarina, o maior número de óbitos infantis ocorre nos municípios de Joinville, Florianópolis e Itajaí, respectivamente. Enquanto as cidades com menores números de óbitos são Tabuleiro e Ituporanga. Na região da AMREC, o maior número de óbitos infantis é registrado no período de 0 a 6 dias de vida entre os anos de 2001 e 2011, sendo 2001 o ano com maior número de óbitos neste período. Já no período 7 a 27 dias de vida são encontrados menores números de óbitos infantis. Em 2012 o IBGE observou que 69,1% dos óbitos infantis concentraram-se nos primeiros 28 dias de vida (período neonatal) e, destes, praticamente 50% ocorreram na primeira semana (período neonatal tardio de 7 a 28 dias de vida), o declínio ultrapassou 21%, com a taxa de mortalidade variando de 2,78 para 2,19 óbitos por mil nascidos vivos. Isso se deve a significativos aprimoramentos do atendimento dos profissionais da saúde, especialmente no que diz respeito ao acompanhamento de pré-natal, parto e à atenção ao recém-nascido. Em 2012, Santa Catarina registrou o menor índice de mortalidade infantil da última década. Foram 10,1 mortos a cada mil nascidos vivos. Dez anos atrás, o índice de mortalidade era de 15,3 bebês a cada mil que nasciam com vida (CRICIUMA, 2012). Em Santa Catarina as principais causas de óbitos infantis, também são afecções originadas no período perinatal (n=6791), malformação congênita, deformidades e anomalias cromossômicas (n=2500). Enquanto as causas de óbito com menor frequência são doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo. **Considerações finais:** Se deparando com tais levantamentos temos que ter uma ação com mais ênfase no cuidado e melhoria geral das condições de vida, segurança alimentar nutricional e acesso ao saneamento básico. Em 10 anos de análise, Santa Catarina apresentou um declínio na mortalidade infantil, que não foi acompanhado pelo município de Criciúma. Os municípios com maior número de óbitos são também os que apresentam maior população. Os municípios da AMREC apresentam maior mortalidade no período de 0 a 6 dias de vida, período em que a assistência de saúde é de extrema importância, para garantir a sobrevivência destes.

**Palavras-chave:** Mortalidade Infantil; Santa Catarina; Período Perinatal.

## REFERÊNCIAS

- Lansky S, França E, Leal MC. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5): 1389-1400, set-out, 2002.
- Bezerra Filho, J. G., L. R. Kerr, L. Mina Dde e M. L.Barreto. [Spatial distribution of the infant mortality rate and its principal determinants in the State of Ceara, Brazil, 2000 - 2002]. Cad Saude Publica, 23, 5, 1173-1185. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. –2 ed. –Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96p. apud.LANSKY. S. et al.A mortalidade infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal. In: Brasil. Ministério da Saúde. 20 anos do SUS. Brasília: MS, 2009.

**AGRADECIMENTOS**

As Professoras do Curso de Enfermagem Cecília Marly Spiazzi dos Santos e Professora Cristiane Damiani Tomasi, agradecemos pela dedicação e empenho para que tivéssemos êxito na construção desse trabalho.

## **PONDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES TRABALHADORES (AS) NO BRASIL**

**Aline Fernandes Marques**

Acadêmica do curso de graduação em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) -  
aline\_fernandesmaques@hotmail.com

**Ismael Francisco de Souza**

Doutorando em Direito - Universidade de Santa Cruz do Sul – RS (UNESC) - ismael@unescc.net

### **RESUMO**

Ao longo dos anos, visto as notórias explorações do trabalho de Crianças e Adolescente, a legislação foi se formando no sentido de protegê-los. Assim formou-se o Estatuto da Criança e Adolescente, bem como se adicionou ao dispositivo Constitucional tal proteção. A Consolidação das Leis do trabalho é outro dispositivo legal que possui regulamentações neste sentido, visto que trata de todas as questões trabalhistas. Assim, os textos legais se adaptaram, porém é necessário verificar quanto à realidade fora dos mesmos, ou seja, aquela vivenciada no cotidiano das crianças e adolescente, para verificar-se a eficácia dos dispositivos. A avaliação quanto à situação fática transcende apenas a situação legislação, este tema chegou ao patamar de problema de saúde pública e como tal precisa ser estudado, justificando-se o trabalho, pois ainda não se tem tal visão sobre este problema. Dessa forma, além de deixar as crianças e adolescentes expostas e uma repetitiva exploração de mão de obra, visto que são empregadas para trabalhar em cargos de baixa renda e tal situação se perpetua em suas vidas, o trabalho precoce ocasiona problemas no regular crescimento daqueles, visto aos esforços repetitivos, a terem que se adaptarem a ambientes que não lhe são projetados ou por não terem noção real do perigo, ficando mais expostos a acidentes. Para tanto, usou-se a pesquisa bibliográfica para avaliar o que se tem estudado até o presente momento, avaliando os dispositivos legais em consonância com publicações extralegis que apresentam estudos e problematizam a aplicação do direito posto. Neste sentido, constatou-se o alto índice de trabalho infantil no Brasil, chega-se a 3,5 milhões o número de infantes trabalhadores em 2012, embora esse número tenha diminuído 4% em relação a 2011, conforme dados do Ministério Público do Trabalho. Santa Catarina ocupa o alarmante quarto lugar (dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios) quando se fala de índice de trabalho infantil, apesar de já ter ocupado o décimo quarto lugar em 2011. Sendo que em 2010, conforme o Censo do IBGE, Santa Catarina era o primeiro da lista de estados membros com trabalho infantil. Os números chegam o somatório de 160.141 crianças e jovens trabalhadores, ou seja, um percentual de 18,9. Os locais que se aponta como mais difíceis de combater são o trabalho no âmbito doméstico, na agricultura familiar, em lixões, no comércio familiar, exploração sexual e comércio informal. Percebendo-se que expõe-se não somente as crianças e adolescente ao trabalho, mas em locais totalmente incontroversos com sua capacidade laborativa, sendo uma total afronta a sua saúde e segurança. Neste norte, a legislação não logra êxito em seu objetivo, visto os alarmantes índices de trabalho infantil e em locais que dever-se-ia repelir a presença de crianças e adolescentes, visando a sua proteção. Tendo como resultado que as atividades causam danos, tanto a saúde física como psicológica, este último atrelado ao fato de ser precária participação escolar na fase

adequada, diminuindo a aprendizagem (KASSOUF, 2000, p.14) afetam a saúde na fase adulta. O trabalho precoce gera sérios prejuízos ao desenvolvimento físico e psicológico provocando consequências na saúde e desenvolvimento da criança e do adolescente de longo prazo. Estudo elaborado pelo Ministério do Trabalho e Emprego destaca alguns problemas de saúde como: desnutrição; cansaço; doenças respiratórias. Resultando em adultos com menores possibilidades de trabalho (BRASIL, MET, 2000). O trabalho de crianças e adolescentes, diante de sua fase de desenvolvimento gera um elevado grau de desgaste, pois suas resistências físicas, são limitadas em comparação ao adulto, não fazendo a alimentação diária adequada ficam enfraquecidas e sua saúde debilitada pode comprometer completamente o desenvolvimento físico e psicológico. Assim, é possível identificar que o trabalho infantil vai além de uma exploração de mão de obra, é algo que irá se perpetuar de diversas formas, como no trabalho em questão, ter-se-á adultos doentes que não poderiam progredir adequadamente da vida, visto que em suas idades de crescimento não puderam desenvolver-se de forma adequada.

**Palavras-chave:** Trabalho Infantil; Criança; Adolescente; Saúde.

## REFERÊNCIAS

KASSOUF, Ana Lúcia. **O efeito do trabalho infantil para os rendimentos e a saúde dos adultos.** Disponível em:

<<http://www.cepea.esalq.usp.br/pdf/sbe2000.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2014.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **Trabalho infantil tem redução mínima no país em 12 meses Santa Catarina ocupa o 4º lugar no ranking nacional.**

Disponível em: <[http://www.prt12.mpt.gov.br/prt/noticias/2013\\_10/08\\_10.php](http://www.prt12.mpt.gov.br/prt/noticias/2013_10/08_10.php)>.

Acesso em: 19 abr. 2014

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego, Secretaria de Inspeção no Trabalho, Departamento de Segurança e Saúde do Trabalhador. **Nota Técnica à Portaria TEM/SIT/DSST N 06 de 18/12/2000.** Brasília: MTE, 2000.

**FINANCIAMENTO:** PIBIC 2013/2014 – CNPq



## **PERFIL DOS PACIENTES COM DIABETES TIPO 2 CADASTRADOS NO PROGRAMA DE AUTO MONITORAMENTO GLICÊMICO CAPILAR DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA - SC**

**Daniela Vicente Bavaresco**

Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: danibavaresco@gmail.com.

**Natalia Colombo Ferreira**

Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: natalia@unesc.net.

**Luciane Bisognin Ceretta**

Doutora em Ciências da Saúde. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: luk@unesc.net.

**Karin Martins Gomes**

Doutorado em Ciências da Saúde. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC. E-mail: karinm\_g@yahoo.com.br.

**Graziela Amboni**

Doutoranda em Ciências da Saúde. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. Email: gam@unesc.net.

### **RESUMO**

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado um problema de saúde pública com forte influência no ponto de vista social e econômico em vários países do mundo (BARROS et al., 2012). Consiste basicamente como enfermidade metabólica crônica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina o suficiente, ou o organismo não é capaz de utilizar efetivamente a insulina produzida (CENCI et al., 2013). Estima-se que a prevalência de diabetes, em 2000, tenha sido de 2,8%, afetando 171 milhões de pessoas em todo o mundo e espera-se para 2030 a prevalência de 4,4%, o que corresponderia a 377 milhões de indivíduos diabéticos (LEITE, 2005). Este trabalho teve por objetivo analisar o perfil dos pacientes diabéticos tipo 2 cadastrados no PAMGC. Foram analisados de fevereiro a abril de 2014, o total de 1.214 prontuários de pacientes com diabetes tipo 2 do PAMG cadastrados até o ano de 2013, dos quais foram levantados os dados: idade, gênero e não alfabetização. Dos prontuários analisados a média geral de idade foi de 62 anos, sendo que 32,67% possuem idades entre 61 e 70 anos e 26,50% possuem idades entre 51 e 60 anos, juntos representando 59,17% dos pacientes cadastrados, as demais faixas etárias são de 12,92% para menores e igual a 50 anos, 21,65% maiores ou igual a 71 anos de idade e os demais 6,26% encontravam sem data de nascimento. Em relação a gênero, 732 pacientes são do sexo feminino representando 60,25%, 482 pacientes são do sexo masculino representando 39,75%. Quando ao grau de instrução 27 pacientes representando 2,20% não são alfabetizados, o grau de instrução dos demais pacientes não foi analisado, já que nem todos os prontuários possuem este dado (o dado de não alfabetização consta no documento RG obrigatório para cadastro de

paciente) e visto que esta pesquisa faz parte de uma pesquisa maior onde a não alfabetização é um dos critérios de exclusão. Estes dados mostram que conforme cita Sartorelli, Franco e Cardoso (2006), há uma tendência de aumento na frequência em todas as faixas etárias, já que o DM tipo 2 tem como fatores de desenvolvimento o envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade que são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. Sendo assim torna-se possível planejar e desenvolver atividades de acordo com os perfis dos pacientes, com o objetivo de prevenir a doença, bem como o de melhorar a qualidade vida e auxiliar no tratamento dos pacientes que já possuem o diagnóstico. **Introdução:** O Diabetes Mellitus (DM) é considerado um problema de saúde pública com forte influência no ponto de vista social e econômico em vários países do mundo (BARROS et al., 2012). Consiste basicamente como enfermidade metabólica crônica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina o suficiente, ou o organismo não é capaz de utilizar efetivamente a insulina produzida (CENCI et al., 2013). Os tipos de diabetes mais prevalentes são o do tipo 1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, onde existe uma destruição das células  $\beta$  no pâncreas, geralmente levando a uma deficiência absoluta de insulina, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o do tipo 2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto que é o resultado de um defeito secretor de insulina ou, quando as células receptoras de insulina não reconhecem esse hormônio, o que compreende cerca de 90% do total de casos (BRASIL, 2006; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2006; MARASCHIN, 2010). Estima-se que a prevalência de diabetes, em 2000, tenha sido de 2,8%, afetando 171 milhões de pessoas em todo o mundo e espera-se para 2030 a prevalência de 4,4%, o que corresponderia a 377 milhões de indivíduos diabéticos (LEITE, 2005). O Programa de Auto Monitoramento Glicêmico Capilar (PAMGC) do município de Criciúma - Santa Catarina, está sediado nas Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sendo o atendimento realizado de segunda a sexta-feira no horário das 08h às 12h e 13h às 17h, com acompanhamento mensal aos pacientes, em parceria com as Unidades Básicas de Saúde. O objetivo deste trabalho foi analisar o perfil dos pacientes diabéticos tipo 2 cadastrados no PAMGC. **Metodologia:** O presente trabalho tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UNESC 381.167/2013. Após assinatura do Termo de Confidencialidade pelo responsável do PAMGC, foram analisados de fevereiro a abril de 2014, o total de 1.214 prontuários de pacientes com diabetes tipo 2 do PAMGC cadastrados até o ano de 2013, dos quais foram levantados os dados: idade, gênero e não alfabetização. **Resultados/Discussão:** Dentro destes 1.214 prontuários analisados a média geral de idade foi de 62 anos, corroborando com os estudos de Leite (2005) que cita a faixa etária geral entre 45 e 64 anos. Destes pacientes pesquisados, 32,67% possuem idades entre 61 e 70 anos e 26,50% possuem idades entre 51 e 60 anos, juntos representando 59,17% dos pacientes cadastrados, as demais faixas etárias são de 12,92% para menores e igual a 50 anos, 21,65% maiores ou igual a 71 anos de idade e os demais 6,26% encontravam sem data de nascimento, desta forma os presentes dados corroboram com dados brasileiros mostram que as taxas de mortalidade por DM (por 1000 mil habitantes) apresentam relevante aumento com o progredir da idade, chegando a 223,3 para idade de 60 anos ou mais (BRASIL, 2006). Em relação a gênero, 732 pacientes são do sexo feminino representando 60,25%, 482 pacientes são do sexo masculino representando 39,75%; 27 pacientes representando 2,20% não são alfabetizados, o grau de instrução dos demais pacientes não foi analisado, já que nem todos os prontuários possuem este dado (o

dado de não alfabetização consta no documento RG obrigatório para cadastro de paciente) e visto que esta pesquisa faz parte de uma pesquisa maior onde a não alfabetização é um dos critérios de exclusão. **Conclusões:** Estes dados mostram que conforme cita Sartorelli, Franco e Cardoso (2006), há uma tendência de aumento na frequência em todas as faixas etárias, já que o DM tipo 2 tem como fatores de desenvolvimento o envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade que são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. Sendo assim, a partir desta pesquisa é possível planejar e desenvolver atividades de acordo com os perfis dos pacientes, com o objetivo de prevenir a doença, bem como o de melhorar a qualidade vida e auxiliar no tratamento dos pacientes que já possuem o diagnóstico.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus; Saúde Pública; Assistência ao Paciente.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (Estados Unidos). Standards of Medical Care in Diabetes – 2006. **Diabetes Care**, Alexandria, n. , p.32-41, 2006.

BARROS, Maria de Fátima Alcântara et al. Impacto de intervenção fisioterapêutica na prevenção do pé diabético. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 25, n. 4, p. 747-757, out./dez. 2012.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Diabetes Mellitus**. Ministério da Saúde. Brasília – DF – 2006.

LEITE, Claudia Cozer; HALPERN, Alfredo. Síndrome metabólica e diabetes melito. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 12, n. 3, p.165-168, 2005.

MARASCHIN, Jorge de Faria et al. Classificação do diabete melito. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 2, p.40-46, ago. 2010.

## FATORES E CAUSAS ASSOCIADOS AO ÓBITO FETAL

André P. Gabriel

Acadêmico(a) de Enfermagem - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina –UNESC, curso de Enfermagem. and.pg@live.com

Bruna L. da Rosa

Acadêmico(a) de Enfermagem - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina –UNESC, curso de Enfermagem. brunaleandro\_lm@hotmail.com

Lais R. Mafra

Acadêmico(a) de Enfermagem - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina –UNESC, curso de Enfermagem. lais\_rmafra@hotmail.com

Lucélia Moro

Acadêmico(a) de Enfermagem - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina –UNESC, curso de Enfermagem. luceliamoro@hotmail.com

Cristiane Damiani Tomasi

Professora do Curso de Enfermagem - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina –UNESC, E-mail: cristiane\_damiani@hotmail.com

### RESUMO

**Introdução:** Óbito fetal é um dos desfechos mais complicados da gravidez. A OMS (CID-10) define como a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe independente da duração da gestação. Classifica-se como: precoce, que compreende desde a concepção até a 20ª semana de gestação; intermediária a partir da 20ª a 28ª semana e tardia que ocorre após a 28ª semana até o parto. O óbito é identificado quando após a separação, o feto não respira e/ou não apresenta nenhum outro sinal de vida. O Ministério da Saúde considera o óbito fetal como uma complicação que pode ser prevenida, sendo que a morte fetal representa o insucesso no processo gestacional, seja para a mulher ou para o profissional que presta a vigilância em saúde (BRASIL, 2009). Na busca ativa pela educação em saúde, visando a evitabilidade dos óbitos fetais, surge o interesse na coleta de dados para compreensão acerca da ocorrência do óbito fetal. Este trabalho tem por objetivo realizar um levantamento epidemiológico das mortes fetais no período de 2001 a 2011 no estado de Santa Catarina, apresentando um comparativo entre Criciúma e o estado, o número de óbitos nas principais cidades e destacando a idade materna e idade gestacional. **Desenvolvimento:** O método de pesquisa utilizado foi a coleta de dados epidemiológicos do DATASUS. A análise foi embasada por revisão bibliográfica e discussão dos resultados obtidos. Referente aos resultados obtidos: no estudo da série histórica pesquisada dos óbitos fetais, observou-se que o município de Criciúma manteve uma constante dentro do período analisado (2001-2011) em relação ao estado de Santa Catarina, onde ocorreu um declínio no número de mortes fetais a partir de 2003. Num comparativo entre as principais cidades do estado, no mesmo período, obteve-se a grande Florianópolis como a cidade com maior número de óbitos fetais, seguida por Joinville e Blumenau, visto que são as três cidades com maior número de habitantes do estado. Em análise dos óbitos fetais com a idade materna, pode-se observar que o óbito fetal ocorre com maior frequência entre mulheres jovens, com idade entre 20 e 24 anos, fase descrita por Barros (2000) como

o auge da fertilidade feminina, ocorrendo um decréscimo da fertilidade de 3% ao ano. Pertinente a idade gestacional, evidencia-se uma maior incidência de óbitos fetais no período gestacional compreendido entre a 32ª e 36ª semana de gestação, caracterizando assim o óbito fetal tardio como o mais frequente. **Conclusão:** É possível concluir que no município de Criciúma, em 10 anos de análise não houveram grandes variações no número de óbitos fetais. Porém percebeu-se que o período gestacional que deve receber maior atenção é entre a 32ª e 36ª semana de gestação, que corresponde a idade gestacional em que se observou o maior número de óbitos fetais. Compreende-se a partir desses resultados, a importância de condutas da equipe de saúde durante o pré-natal, atentando para a sintomatologia das gestantes. Dentro deste contexto ressalta-se a importância do enfermeiro, na assistência à saúde para identificação precoce dos riscos inerentes ao óbito fetal uma vez que o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde pode contribuir para a diminuição da mortalidade fetal.

**Palavras-chave:** Óbito Fetal; Gestação; Pré-Natal.

## REFERÊNCIAS

BARROS,2000. Disponível em:

<[http://ucbweb.castelobranco.br/webcaf/arquivos/17932/6661/Enfermagem\\_na\\_Reproducao\\_Humana\\_\\_\\_TEXTO.pdf](http://ucbweb.castelobranco.br/webcaf/arquivos/17932/6661/Enfermagem_na_Reproducao_Humana___TEXTO.pdf)> Acesso em: 10 de maio de 2014.

Eller AG, Branch DW, Byrne JL. Stillbirth at term. Obstet Gynecol 2006; 108:442  
ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of Stillbirth. Practice Bulletin 102. Vol 113, N3, March 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal do Datasus. Disponível em:

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acesso em: 28 de abril de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=384](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=384)>. Acesso em: 28 de abril de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal do Datasus. Disponível em:

<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm> Acesso em: 05 de maio de 2014.

## TERMOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LER/DORT: O ESTUDO REALIZADO COM BANCÁRIOS DE CRICIÚMA / SC

Muriel Vargas de Souza

Fisioterapeuta graduado pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Atua no IAFF Criciúma - Santa Catarina. labiomec@unesc.net

Maicon da Silva Martins

Acadêmico da 4ª fase do Curso de Fisioterapia da UNESC. Bolsista do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador – NEPST maicom.martins@hotmail.com

Willians Cassiano Longen

Fisioterapeuta. Mestrado em Ergonomia. Doutorado em Ciências da Saúde. Professor e Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador - NEPST e do Programa Incubado de Pós Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC da UNESC willians@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** O setor bancário, pelo seu caráter dinâmico no que diz respeito à implantação de novas tecnologias, novas gestões de trabalho e adaptação ao capitalismo, torna-se um campo de estudo significativo dos efeitos da nova estrutura de trabalho sobre os colaboradores. Além disso, é uma das classes profissionais mais afetadas pelas lesões por esforços repetitivos ou distúrbios relacionados ao trabalho. O setor tem se reestruturado desde a implementação do Plano Real, sendo que os lucros abusivos baixaram devido à inflação. Isso provocou a privatização do setor de uma forma que, a concorrência entre empresas multinacionais que entraram no país gerou mudanças na forma de gestão de pessoas e do trabalho exigindo dos colaboradores um maior comprometimento e qualificação, sobrecarregando suas funções. As LER/DORT's contam com difícil diagnóstico diferencial. O quadro por vezes mostra-se subjetivo e carregado de sinais e sintomas clinicamente imprecisos. Há muito tempo já se acreditava que alterações da temperatura corpórea estava relacionada às doenças. O pai da medicina, Hipócrates, considerava a temperatura de pés, mãos, lábios e ouvidos como critérios para estabelecer um estado de doença. Em 1960, Lloyd Willians, levantou a hipótese de se utilizar a mensuração e detecção da radiação infravermelha com intenção de aplicar na saúde (GARCIA 2004). A termografia mostrou-se “útil e agradável”, a pacientes que sofrem de dores crônicas e que já passaram por inúmeros exames ou testes diagnósticos. Pode ser repetida ininterruptamente, quantas vezes for necessária, pelo fato de ser indolor e não emitir radiações. A Termografia Infravermelha Computadorizada é um exame que mostra indícios detalhados e altamente sensíveis das ondas infravermelhas do corpo, ou seja, radiação infravermelha. É utilizada em diferentes áreas da saúde (HOROWITZ, 2008). O objetivo deste estudo foi verificar as relações entre os achados de Termografia em bancários e a condição funcional do membro superior determinada pela força escapular, força de preensão manual e de pinça média. **Metodologia:** O estudo foi aprovado pelo parecer 138/CEP/UNESC, contando com a colaboração do Fórum Regional Sul de Saúde do Trabalhador - FRSST. Foram avaliados através de Termografia e Dinamometria 10 bancários. A análise dos dados utilizou-se do SPSS 18.0. **Resultados:** Foram encontradas diversas alterações termográficas especialmente envolvendo os membros superiores dominantes e região cervicobraquial. Os casos identificados alterados na termografia demonstraram da

mesma forma, valores de força muscular dinamométrica em Kgf abaixo dos valores de referência para o sexo e idade. A Termografia forneceu dados específicos de cada indivíduo da amostra, onde os resultados dos laudos foram associados com os valores médios da dinamometria e pode-se observar que a fraqueza muscular era influenciada pela patologia da respectiva região, ou seja, foi específica e sensível no diagnóstico das alterações osteomusculares presente na amostra. Esse exame identificou casos de disfunção miofascial, mononeuropatia, contratura muscular, tendinopatia, congestão periocular, retração muscular, periartrite, disfunção tireoidiana e tenossinovite. A congestão periocular, apesar de não ser o objeto de estudo deste trabalho, foi citada para demonstrar a sensibilidade do exame. A Termografia, assim como qualquer exame realizado independente, necessita de outra forma diagnóstica, por imagem, além do exame clínico, para então mostrar-se mais eficiente na precisão do diagnóstico. Posteriormente, poderá ser utilizada para evolução e acompanhamento do tratamento do paciente. **Conclusão:** A Termografia mostrou-se um método confiável no diagnóstico de patologias das mais diversas etiologias. Este estudo, apesar de sua pequena amostra, obteve resultados que evidenciaram a sensibilidade e especificidade da Termografia. Assim como qualquer exame de imagem, o diagnóstico exige a associação do exame clínico associado para que haja uma melhor compreensão acima da patologia desvendada, dos impactos funcionais das mesmas.

**Palavras-chave:** LER/DORT; Termografia; Trabalhador; Bancários.

## REFERÊNCIAS

Alencar JF, Coury HJCG, Oishi J. Important aspects of diagnosing work-related musculoskeletal disorders (WMSD) and fibromyalgia – Aspectos Relevantes no diagnóstico de DORT e fibromialgia. Rev. Bras. Fisioter, São Carlos, v. 13, n 1, p. 52-8, jan./feb. 2009.

Cabeças JM. Occupational Musculoskeletal Disorders in Europe: Impact, Risk factors and Preventive regulations. Enterprise and Work Innovation Studies, Faculty of Science and Technology, New University of Lisbon, nº 2, p. 96, 2006.

Garcia DR. Validação da Termografia no Diagnóstico de Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. Dissertação de mestrado em Ciências do Movimento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004. p. 15–96.

Driessen M, Anema J, Proper K, Bongers P, Van Der Beek A. Participatory Ergonomics to prevent low back and neck pain among workers: design of a randomised controlled trial to evaluate the (cost-) effectiveness. VU University Medical Center– Netherlands, 2008.

ILO/ World Health Organization. Number of work-related accidents and illnesses continues to increase: ILO and WHO join in call for prevention strategies. April 2005. p. 6 to 11.

Scopel J. Dor Osteomuscular em Membros Superiores e Casos Sugestivos de Ler/Dort em Trabalhadores Bancários. Dissertação de Mestrado em Epidemiologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. p. 18.

Barbarini N. Trabalho Bancário e Reestruturação Produtiva: implicações no psiquismo dos trabalhadores. Dissertação de Mestrado do programa de pós-graduação em psicologia Social –UFRGS, 2001.



## **ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM DIABÉTICOS TIPO II**

**Rubia Bresciani**

Farmacêutica. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense -UNESC, Criciúma, SC. rubiatreviso@hotmail.com

**Luciane Bisognin Ceretta**

Enfermeira. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, SC. luk@unesc.net

**Priscyla Waleska Simões**

Doutora em Ciências da Saúde. Professora no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, SC. pri@unesc.net

**Indianara Reinauld Toretti Becker**

Farmacêutica, Tutora da Farmácia no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, SC. irt@unesc.net

### **RESUMO**

As doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) são de extrema importância e relevância no perfil atual de saúde da população. A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que as DCNT são responsáveis por 58,5% de todas as mortes e por 45,9% da carga total global de doenças expressa por anos perdidos de vida saudável (WHO, 2002). A adesão ao tratamento é importante ao paciente, pois o tratamento da diabetes mellitus, por exemplo, inclui medidas com tratamento medicamentoso quanto não medicamentoso, bem como alimentação, visando alcançar um equilíbrio no organismo, assim proporcionando uma melhor qualidade de vida e evitando complicações. O presente estudo tem como objetivo avaliar se o acompanhamento farmacêutico pelo método Medida de Adesão ao Tratamento melhora a adesão ao tratamento farmacológico de pacientes diabéticos. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, prospectivo de abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada em duas Estratégias de Saúde da Família, no período de setembro de 2013 a março de 2014. A população foi constituída por 32 pacientes insulino-dependentes tipo 2 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). As variáveis de análise foram: sexo (masculino e feminino), idade, escolaridade (sem escolaridade, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto e ensino médio completo) presença de comorbidades (dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares e depressão), número de medicamentos utilizados, motivos da não adesão ao tratamento e o grau de adesão dos pacientes. Os resultados mostraram que a população do estudo caracterizou-se por 50% pacientes do sexo feminino e 50% masculino, com média de idade 55,97 anos. Em relação à terapia medicamentosa 8 (25%) utilizavam insulina, e 24 (75%) realizaram o uso de insulina concomitantemente com a administração de medicamentos orais. Em relação às comorbidades, encontramos um alto índice de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, o que está de acordo com outro estudo realizado em 2001, que sugere a respeito da hipertensão arterial e diabetes serem condições clínicas que frequentemente se associam (SOWERS; EPSTEIN; FROHLICH, 2001). Outra patologia referida em nosso estudo com alta prevalência foi a dislipidemia, na qual a maioria dos pacientes relatam fazer uso de medicamentos para seu controle. Em

nosso estudo, todos os fatores analisados, que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso para o controle do diabetes, apresentaram resultados distintos no que refere-se à prevalência da adesão, sendo assim, quanto ao motivo de não adesão ao tratamento 21 (65,6%) afirmaram que muitas vezes esquecem de tomar o medicamento para sua doença. Os resultados apresentados podem favorecer a necessidade de acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários de insulina, bem como uma intervenção com foco na promoção da adesão ao tratamento.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus Tipo 2; Adesão ao Tratamento Farmacológico; Atenção Farmacêutica.

## REFERÊNCIAS

SOWERS, J.R.; EPSTEIN, M.; FROHLICH, E.D. Diabetes, hypertension and cardiovascular disease: an update. **Hypertension**, v.37, n.4, p.1053-59, abr. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2002**: reducing risks, promoting healthy life. Geneva, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva, 2003.

## PERFIL DOS FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADO PALIATIVO NO DOMICÍLIO

Vera Lucia Leal de Oliveira

Acadêmica de enfermagem – UNESC -rikajr@gmail.com

Valdemira Santana Dagostin

Mestre – Enfermagem – UNESC – vsd@unesc.net

Paula Ioppi Zugno

Mestre - Enfermagem – UNESC - paula33@unesc.net

Magada Tessman Schwalms

Doutora – Enfermagem – UNESC – mts@unesc.net

Ivanir Pra da Silva Thomé

Mestre – Enfermagem – UNESC – ivanir\_pdst@yahoo.com.br

### RESUMO

**Introdução:** A questão crucial em cuidados paliativos é a qualidade de vida, e não apenas o tempo atribuído a ela. Tem foco no alívio de sintomas, onde os cuidados paliativos são integrais e contínuos oferecidos a pacientes e familiares para que após o diagnóstico da doença crônica que poderá evoluir o paciente possa viver aliviado de seu sofrimento, seja ele físico, psicológico ou espiritual e o de sua família, que é parte integrante do cuidado (SANTOS, 2009). Echeverri, (apud Carvalho, Parsons, 2012) a assistência paliativa no domicílio, requer que o paciente permita, participe dos cuidados, com apoio da família. A comunicação contínua entre paciente, família e equipe, facilita a realização dos cuidados sem objetivo de cura, e sim de conforto e alívio de sofrimento. Uma equipe interdisciplinar é de fundamental importância para garantir o sucesso de cuidados integral e acolhimento dos pacientes e familiares, que compartilham diariamente das necessidades manifestadas em ambiente domiciliar. Para Carvalho, Parsons (2012) as habilidades do enfermeiro deverão estar voltadas para avaliação sistemática dos sinais e sintomas, auxílio da equipe multiprofissional no estabelecimento de prioridades para paciente, interação da dinâmica familiar e especialmente para o reforço das orientações clínicas, a fim de que os objetivos terapêuticos traçados pela equipe interdisciplinar sejam alcançados. Trata-se de cuidados sensíveis e de educação, que demandam ações de proximidade física e afetiva para que muitas orientações se efetivem na prática. A família exerce papel fundamental no cuidado ao paciente em fase de cuidados paliativos e, deve estar preparada para cuidar na ausência dos profissionais. Por essa razão, é necessário que equipe trabalhe, fortalecendo a família, que permaneça estruturada durante todo o processo de final de vida do paciente. (BALIZA *et al*, 2012). O cuidador, geralmente familiar, pelo tempo longo de exposição no curso da doença sem tratamento modificador, apresenta desgaste físico e sobrecarga emocional, na qual pode apresentar alterações na qualidade de vida. Uma equipe bem preparada podem oferecer condições para o alívio de sobrecarga desses cuidadores. Com isso, este estudo, tem como objetivo principal de identificar presença de sinais e sintomas sugestivos de depressão em familiares de pacientes oncológicos em cuidado paliativo, neste recorte de pesquisa somente faremos a exposição do perfil destes familiares e pacientes e alguns enfrentamentos por eles contextualizados. **Metodologia:**No município da pesquisa, encontrou-se cadastrados 80 pacientes oncológicos no ano de 2013 e aceitaram

participar, somente 72 famílias. As entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade do paciente e familiar e as entrevistas realizadas no domicílio. Após a explanação da pesquisa e o aceite através da assinatura do TCLE, as entrevistas deram início. **Resultados e Discussão:** O acolhimento pelos pacientes e familiares no domicílio se deu de forma receptiva e simpática. Foram entrevistadas 72 famílias de pacientes oncológicos e em tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia. Evidenciou-se uma demanda de cuidadores, na maioria, feminina, idade entre 30 a 50 anos, sendo esposas(os), filhas, cunhadas e irmãs. Isso demonstra que a mulher ainda se vê no cenário como cuidadora e responsável pelo paciente. A maioria dos entrevistados são moradores do grande centro, ou seja, área urbana. Se contextualizarmos o acesso aos serviços e transportes, estão bem localizados. 20 pacientes oncológicos são oriundos de outros municípios para ser cuidado por familiares residentes no município sede da pesquisa. Os custos referentes transporte, consultas, exames, medicação e demais assistência com recursos do município de residência do familiar. Em relação aos pacientes, estão na faixa etária 30 a 80 anos, com Câncer de mama, seguido pelo câncer de útero, estômago, intestino e próstata. O Câncer de boca também vem numa crescente. Em um número menor, não há presença de cuidador, aos pacientes mesmo necessitando. A prestação de serviço de saúde pelo município é de boa qualidade, porém não tem um programa de apoio aos familiares, e assistência no domicílio pela equipe de saúde tem fragilidade. **Conclusão:** Ao finalizar o trabalho com foco de verificar o perfil dos familiares de pacientes oncológicos em cuidado paliativo, e considerando o trabalho ainda em fase de finalização, conclui-se que muito necessita ser feito e conduzido de forma humanizada para este cenário. Os familiares de pacientes oncológicos e os próprios pacientes necessitam de acolhimento personalizado e humanizado. O foco da pesquisa, referente ao estresse, os dados estão sendo compilados.

**Palavras-chave:** Oncologia; Depressão; Cuidados Paliativos.

## REFERÊNCIAS

BALIZA, Michelle Freire et al. **Palliative care in the home: perceptions of nurses in the Family Health Strategy.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.spe2, pp. 13-18. ISSN 1982-0194.

Carvalho, R.T; Parsons, H. A. **Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos.** - Rio de Janeiro : Diagraphic, 2012. 320p. ISBN 978-85-89718-27-

SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer.** São Paulo: Editora Atheneu. 2009.

<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>

**AGRADECIMENTOS:** FUMDES

## **ERROS DE CONCILIAÇÃO EM PACIENTES POLIMEDICADOS EM PROCESSO DE TRANSIÇÃO ASSISTENCIAL**

**Liege da Rosa Fantin**

<sup>1</sup>Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, SC, Brasil. Email: liege\_rf@hotmail.com.

**Luciane Bisognin Ceretta**

Doutora em Ciências da Saúde. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, SC, Brasil. Email: luk@unesc.net.

**Lisiane Tuon**

<sup>3</sup>Doutora em Medicina e Ciências da Saúde. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, SC, Brasil. Email: ltb@unesc.net.

**Priscyla Waleska Simões**

Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, SC, Brasil. Email: pri@unesc.net.

**Indianara Reynaud Toreti Becker**

<sup>5</sup>Doutoranda em Ciências da Saúde. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, SC, Brasil. Email: irt@unesc.net.

### **RESUMO**

Os erros de medicação se tornaram um problema universal (ALSULAMI; CONROY; CHOONARA, 2012) e potencialmente nocivos para o paciente, apresentando-se como uma das principais causas de morbi-mortalidade (CABRERA, 2010; SERRANO, et al., 2012; FRANCO-DONAT, et al, 2010; BATES, et al., 1995; LEAPE, et al, 1991; 2004) e, portanto, devem ser prevenidos, evitados e/ou corrigidos (MARTÍNEZ, 2001). Um erro de medicação é definido como qualquer evento adverso evitável pertinente ao uso inadequado do medicamento, podendo ocorrer durante o processo de prescrição, preparação, dispensação ou administração de um medicamento (ANACLETO, et al., 2010; LACASA, 2001; SERRANO, et al., 2012). O presente estudo constituiu em avaliar e classificar segundo a gravidade clínica os erros de medicação encontrados na farmacoterapia de pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Criciúma/SC e referenciados para a atenção especializada, através do processo de conciliação de medicamentos. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, com delineamento transversal retrospectivo, realizado entre os meses de setembro a novembro de 2013, em uma Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família (UBS/ESF) localizada no município de Criciúma, Estado de Santa Catarina. Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos sob o protocolo nº 391.875/2013. Com base nas informações coletadas sobre a farmacoterapia do paciente foram identificadas as discrepâncias entre os medicamentos utilizados no domicílio com as prescrições médicas, as quais foram categorizadas quanto ao tipo e subtipo, de acordo com a taxonomia de erros de medicação (OTERO, et al., 2008). Por fim, adotou-se a classificação do The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and

Prevention (NCCMERP, 2001) para os erros de medicação, segundo a gravidade clínica, distribuído nas seguintes categorias: erro potencial e/ou sem erro, erro sem dano, erro com dano e erro fatal. Dos 76 participantes estudados (média de idade de 61,2 anos, 48 mulheres e 28 homens), 80,3% (n=61) apresentaram pelo menos 1 discrepância entre a farmacoterapia domiciliar e a prescrita. Os medicamentos cardiovasculares foram os que registraram maior envolvimento nas discrepâncias 75,0% (n=57), seguida dos medicamentos usados no tratamento de doenças endócrinas, correspondendo a 39,5% (n=30). As discrepâncias mais frequentes foram os erros na frequência de administração, 52,6% (n=40), em seguida, erros com os horários da posologia, 51,3% (n=39), e erros de omissão dos medicamentos, 46,1% (n=35). Verificou-se, neste estudo, uma associação entre a quantidade de medicamentos utilizados no domicílio e o erro de conciliação, ou seja, a média de medicamentos usados por aqueles que apresentaram erro de conciliação ( $8,79 \pm 2,49$ ) é significativamente maior ( $p=0,000$ ) quando comparada aqueles que não apresentaram o erro de conciliação ( $5,86 \pm 1,06$ ). Observou-se ainda que à medida que aumenta o número de medicamentos utilizados no domicílio, aumenta a gravidade clínica dos agravos à saúde, considerada estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ), pacientes enquadrados na categoria de erro potencial ou sem erro, utilizavam ( $6,87 \pm 1,77$ ) medicamentos, já pacientes em uso de ( $8,76 \pm 2,44$ ) medicamentos, classificaram-se na categoria erro sem dano, enquanto pacientes que administram diariamente uma média de ( $11,80 \pm 2,77$ ) medicamentos, foram classificados na categoria erro com dano. Em nosso estudo, demonstramos que o processo de conciliação de medicamentos mostrou ter um grande potencial para identificar as discrepâncias preponderantes na farmacoterapia de pacientes polimedicados e em processo de transição assistencial. O conhecimento das discrepâncias e da gravidade clínica associada à utilização incorreta do medicamento, pode ser uma importante ferramenta para se implementar medidas de intervenção em grupos de maior vulnerabilidade a desenvolver erros de medicação, além de prevenir, evitar ou minimizar a ocorrência de eventos adversos.

**Palavras-chave:** Conciliação de medicamentos; Atenção Especializada; Erros de Medicação.

## REFERÊNCIAS

ALSULAMI, Z., CONROY, S., CHOONARA, I. Medication errors in the Middle east countries: a systematic review of the literature. *European Journal of Clinical Pharmacology*, p. 1-14, 2012.

ANACLETO, T. A. et al. **Farmácia hospitalar: Erros de medicação**. Pharmacia Brasileira: Janeiro/Fevereiro 2010.

BATES, D. W., et al. Incidence of adverse drug events and potentially adverse drug events. **Journal of the American Medical Association**, v. 274, p. 29-34, 1995.

CABRERA, A. M. M. R. Coordinación multidisciplinar para asegurar La correcta medicación del paciente: conciliación de la medicación. **Revista Calidad Asistencial**, v. 25, n. 5, p. 239-243, 2010.

FRANCO-DONAT, M. et al. Conciliación de la medicación al ingreso y la alta hospitalaria em um servicio de cirugía ortopédica y traumatología. **Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología**, v. 54, n. 3, p. 149-155, 2010.

LACASA, C. **Accidentes con medicamentos. Conceptos, clasificación y métodos de detección**. A: LACASA, C; HUMET, C; COT, R., editors. Errores de medicación, prevención, diagnóstico y tratamiento. 1a edição. Barcelona: Editora EASO, p. 15-22, 2001.

LEAPE, L. L., et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. **The New England Journal of Medicine**, v. 324, n. 6, p. 377-384, 1991.

MARTÍNEZ, J. **Errores de prescripción**. A: LACASA, C; HUMET, C; ROSER, C., editors. Errores de medicación, prevención, diagnóstico y tratamiento. 1a edição. Barcelona: Editora EASO, p. 197-204, 2001.

NCCMERP. **The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention**. Index for categorizing medication errors, 2001.

OTERO, L. M. J. L. et al. Actualización de la clasificación de errores de medicación grupo Ruiz-Jarabo 2000. **Farmacia Hospitalaria**, v. 32, n. 1, p. 38-52, 2008.

SERRANO, J. L. S. et al. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha. **Conciliación de la medicación**. SESCAM, v. XIII, n. 1, 2012.

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DE IDOSOS CADASTRADOS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC

Lucas Bolzan Dela Libera

Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: lucas-bolzan@hotmail.com

Priscyla Waleska Simões

Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: pri@unesc.net

Luciane Bisognin Ceretta

Doutora em Ciências da Saúde. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: luk@unesc.net

Lisiane Tuon

Doutora em Medicina e Ciências de Saúde. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: ltb@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento humano constitui em um conjunto de alterações morfofuncionais que levam o indivíduo a um processo contínuo e irreversível de desestruturação orgânica (AVLUND *et al.*, 2004). A transição demográfica no Brasil traz consigo um grande desafio na área da saúde como um maior e mais prolongado uso dos serviços de saúde devido principalmente a “epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais” (MORAES, 2012). Deste modo é necessário conhecer as principais características da população idosa, suas percepções sobre saúde, para que se possam planejar ações que contemplem a visão ampliada do ser humano fundamentadas no paradigma da promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças no âmbito da atenção básica com o intuito de melhor atender às demandas existentes e promover a qualidade de vida dos idosos. O objetivo do estudo foi conhecer as características epidemiológicas e sociodemográficas de idosos cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família no município de Criciúma/SC. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal, descritivo e prospectivo e de abordagem quantitativa. Foram avaliados 52 idosos provenientes do bairro Operária Nova no município de Criciúma/SC, de ambos os sexos, com função cognitiva preservada, verificada pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), com idade superior a 60 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do bairro Operária Nova em Criciúma/SC e que aceitaram participar da pesquisa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) (381.196/2013). Foi aplicado um questionário semiestruturado em forma de entrevista, elaborado pelos autores, para avaliar as características sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos. Para análise dos dados utilizou-se do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20. **Resultados/Discussão:** A idade média foi de 71,42 anos (DP=  $\pm$  5,15), havendo um predomínio do gênero feminino (73,1%; n=38). A renda média em salários mínimos dos idosos avaliados foi de 1,29 (DP=  $\pm$  0,50), e a média de anos de



estudo foi de 5,10 (DP=  $\pm 1,88$ ). Em relação ao estado civil, 53,8% (n=28) eram casados, do total 42,3% residia com seu/sua esposo(a) e 26,9% sozinho(a). A situação socioeconômica desempenha papel fundamental na saúde de indivíduos e da população no geral. Idosos com baixa renda aprestaram piores condições de saúde e menor procura por serviços de saúde (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). Entre os idosos 11,5% (n=6) relatou histórico de quedas nos últimos 3 meses, e 48,1% (n=25) realiza ou já realizou tratamento fisioterapêutico. Em relação a prática de exercício físico 61,5% (n=32) é considerado sedentário. Quanto às condições de saúde auto referida, observou-se que 69,2% dos idosos avaliaram sua saúde como boa, e 21,2%, ruim. A autoavaliação do estado de saúde é variável preditora de incapacidade funcional e reflete uma percepção integrada do indivíduo, que inclui dimensões biológica, social e psicossocial (SANTOS, 2007). Ao serem questionados quanto a sua percepção de saúde comparada a de outra pessoa da mesma idade estes consideraram sua saúde melhor (40,4%), e igual (40,4%). No entanto em um estudo realizado com idosos estes observaram que 33,5% dos idosos consideraram sua saúde boa, e 66,5%, regular e ruim e sobre sua saúde em relação a outros idosos, 53,0% consideraram sua saúde igual à de seus pares (NUNES *et al.*, 2009). A acuidade visual foi relatada por 61,5% dos idosos como boa e 34,6%, ruim, e referente à acuidade auditiva 44,2% relataram como boa e, 32,7% ótima.

**Conclusões:** Dessa forma conclui-se a importância do conhecimento a cerca da população idosa em suas múltiplas interfaces e singularidades para assim criarem-se estratégias no âmbito da saúde pública de maneira a preservar a independência e promover melhor qualidade de vida destes, subsidiado em suas necessidades e especificidades. Sugerem-se novos estudos nessa área, com uma população maior e metodologias qualitativas que possibilitam uma melhor compreensão de questões subjetivas.

**Palavras-chave:** Idosos; Diagnóstico; Estratégia Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

AVLUND, K *et al.* Social relations as determinant of onset of disability in aging. **Arch Gerontol Geriatr**. v. 38, p. 85-90, 2004.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.19, n.3, p. 745-757, 2003.

MORAES, E.N. **Atenção à saúde do Idoso**: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NUNES, R. R. *et al.* Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.13, n.5, p.376-88, 2009.

SANTOS, K.A.; KOSZOUSKI, R.; DIAS DA COSTA, J.S.; PATTUSSI, M.P. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.11, p. 2781-2788, 2007.

## O CONHECIMENTO DO PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA QUE FALECEM NO TRANS OU PÓS-OPERATÓRIO COMO ESTRATÉGIA PARA O CUIDADO HUMANO E TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

Monica Bonfante Dalpont

Acadêmico de Enfermagem 8ª fase Unesc.

Beatriz Marques de Farias

Acadêmica de Enfermagem 5ª fase Unesc.

Edilene Ghedin

Enfermeira- Hospital São Donato Icara

Luciane Bisognin Ceretta

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem da Unesc E-mail: luk@unesc.net

Mágada Tessmann Schwalm

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem da Unesc E-mail: mts@unesc.net

### RESUMO

**Introdução:** Trata-se de um estudo com abordagem qualiquantitativa, descritiva, documental retrospectiva, realizada em um hospital da região sul do estado de Santa Catarina, que objetivou identificar o perfil dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca que falecem no trans ou pós-operatório, como estratégia para o Cuidado Humano Terapêutico em Enfermagem. O cuidado humano vem se construindo com a história do sujeito. Desde que nasce o ser humano cuida e é cuidado (WALDOW, 2005). O Enfermeiro como profissional, além do cuidado humano dispensado, se utiliza dos conhecimentos científicos construídos na trajetória acadêmica e profissional como fonte para a práxis. Segundo Leininger, é de extrema importância que o Enfermeiro conheça o sujeito a ser cuidado para que possa respeitar seus valores, sua cultura e juntos possam encontrar uma forma de cuidado culturalmente estabelecida sem ferir, no entanto, os preceitos científicos (LEOPARDI, 2006). **Metodologia:** Foram identificadas na pesquisa as variáveis: idade; sexo; nível de escolaridade; etnia e identificar a história pregressa dos pacientes e identificar a queixa principal dos pacientes. O estudo foi realizado entre os meses de março a junho, com 32 prontuários dos 109 pacientes que faleceram no período descrito. **Resultados:** quanto ao gênero 50% masculino e 50% feminino; a idade predominante encontrou-se a partir dos 60 anos com 70,74% dos casos; estado civil 59,38% era casado; 71,88 católicos; com predominância da origem na região da AMREC; sendo que 87,50% atendidos pelo SUS. As queixas principais de hospitalização foram dor, dispnéia e palidez com diagnóstico médico inicial de isquemias e DM. Quanto a situação clínica ao adentrar na instituição encontrou-se o IAM, PCR, valvulopatias e angina instável. Quanto aos sinais e sintomas que caracterizam situação de emergência do paciente foram à dor, alterações dos demais sinais vitais, dispnéias, arritmias, ausência da FC e FR. Quanto ao uso de medicamentos, os mais utilizados foram: diuréticos, anti-eméticos, anticoagulantes e antiplaquetários, inibidor da ECA e vasodilatadores, bem como antitérmicos e antipiréticos. Ao analisar-se a história pregressa, surgem as doenças cardiovasculares e endócrinas. As cirurgias mais realizadas foram revascularização

miocárdica e troca de válvulas. Quanto ao período que ocorreu o óbito, predominantemente encontrou-se o pós-operatório. Em relação as alterações dos exames surge: alterações no cateterismo, ECG e enzimas. As alterações radiológicas mais frequentes foram a cardiomegalia e ectasia aórtica. As complicações mais incidentes foram choque, desequilíbrio hidroeletrólítico e acido-base. O único pressuposto não respondido foi o que se refere ao tabagismo e etilismo por inexistência de dados registrados. Observou-se até então que os prontuários têm escassez de dados registrados. Acredita-se que os profissionais não registravam todos os dados colhidos por fatores que não cabe aqui avaliar. A pesquisadora mesmo que não tendo realizado análise dos prontuários dos anos de 2006 a 2008, observou em alguns que melhorou o registro de enfermagem e médico. Como fruto do estudo deixa-se como sugestões ao serviço de enfermagem e médico sugere-se o estabelecimento de um protocolo de registros com todos os dados necessários para avaliação do paciente no pré-operatório que servirão como subsídios para novas avaliações no que se refere ao perfil dos pacientes que falecem no trans ou pós-operatório de cirurgia cardíaca, permitindo assim que haja um trabalho profilático evitando-se complicações melhorando desta forma o cuidado humano e o cuidado terapêutico. Sabe-se que a instituição em questão possui uma comissão de óbitos. Sugere-se que esta esteja mais atenta e desenvolva mecanismos de registro que possam fornecer com segurança dados com relação ao óbitos e causa mortes. Sugere-se ainda que haja se não houver, a inserção do enfermeiro na equipe multidisciplinar de avaliação pré-operatória, para que este a partir de seus conhecimentos científicos e habilitações técnico-legais possa desempenhar a Sistematização da Assistência de Enfermagem que acredita-se somar a identificação precoce de possíveis complicações e minimização do pior prognóstico. **Conclusão:** Com certeza, o desenvolvimento de pesquisas que apontem para o perfil dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca contribuirá na qualidade do cuidado terapêutico e humanizado da Enfermagem, acredita-se que não haja cuidado humanizado sem que haja respeito à forma de viver e cuidar-se do Enfermeiro com relação ao paciente, sua família e a comunidade onde está inserido. E onde não há cuidado humano não ocorre à terapia e a cura. É visível ações de cuidado da Enfermagem continuamente, porém o registro deste cuidado é escasso.

**Palavras-chave:** Morte; Cirurgia Torácica; Perfil de Saúde.

## REFERÊNCIAS

FF, L. *Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo, Editora Atlas, 2003, 174 p.

CHIAVENATO, A .V; IDALBERTO. **Introdução a Teoria Geral da Administração**. 6ª ed. Rio de Janeiro, Campos, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz, GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis/ RJ, Editora Vozes, 9º edição, 1998, 80 p.

Conselho regional de enfermagem do RJ. Home-page.  
<http://www.medicinaintensiva.com.br/enfermagem-historia.htm>), acesso em maio, 2008.